

Année 1954

LANE MEDICAL LIBRARY
SAN FRANCISCO 543

N°

T H E S E

pour le Doctorat en Médecine

(Diplôme d'Etat)

par

B R I Z O N, Marie, Jean, Jacques

Interne des Hôpitaux de Paris

Né le 4 Juillet 1923 à Paris

Présentée et soutenue publiquement le :

LE TRAITEMENT ECLECTIQUE DES ULCERES

PERFORES GASTRO-DUODENaux

Président : M. le Professeur d'ALLAINES.

Le 10 mai 1957 à Paris
 J'ai l'honneur de vous adresser
 ci-joint les documents demandés

Très respectueusement,
 J'ai l'honneur de vous adresser

Très respectueusement,
 J'ai l'honneur de vous adresser

Très respectueusement,
 J'ai l'honneur de vous adresser

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Nom du Candidat : B R I Z O N

Prénoms : Marie, Jean, Jacques

Date de la soutenance :

N° d'ordre :

1

BRIZON, Marie, Jean,
Jacques,
Le Traitement éclec-
tique des ulcères
perforés gastro-
duodénaux.
Paris, dact. in 4°, 74 p
Thèse Med. Paris 1954
N°
Ed. A.G.E.M.P. 1954

2

BRIZON, Marie, Jean,
Jacques,
Le Traitement éclec-
tique des ulcères
perforés gastro -
duodénaux.
Paris, dact. in 4° 74 p.
Thèse Med. Paris 1954.
N°
Ed. A.G.E.M.P.

3

BRIZON, Marie, Jean
Jacques,
Le traitement éclec-
tique des ulcères
perforés gastro-
duodénaux.
Paris, dact. in 4° 74 p
Thèse Med. Paris 1954
N°
Ed. A.G.E.M.P. 1954

4

BRIZON, Marie, Jean,
Jacques,
Le Traitement éclec-
tique des ulcères
perforés gastro-
duodénaux.
Paris, dact. in 4° 74 p
Thèse Med. Paris 1954
N°
Ed. A.G.E.M.P. 1954

Année 1954

N°

T H E S E
pour le Doctorat en Médecine
(Diplôme d'Etat)

par

B R I Z O N, Marie, Jean, Jacques
Interne des Hôpitaux de Paris
Né le 4 Juillet 1923 à Paris

Présentée et soutenue publiquement le :

LE TRAITEMENT ECLECTIQUE DES ULCERES
PERFORES GASTRO-DUODENaux

Président : M. le Professeur d'ALLAINES.

DOYEN HONORAIRE :

M. Baudoin

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Baudoin, Brindeau, Carnot, Chevassu, Chiray, Clerc, Delbet, Gougerot (H), Guillain, Harvier, Laubry, Lemaître, Lemierre, Lhermitte, Lian, Loeper, Marion, Mathieu, Mocquot, Mulon, Olivier, Ombredanne, Sannié, Sézary, Tanon.

DOYEN Léon BINET, Membre de l'Institut

ASSESEUR Jean VERNE

I.- PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	CORDIER (G.)
Anatomie pathologique	DELARUE (A.)
Bactériologie	GASTINEL (P.)
Biologie appliquée à l'éducation physique et aux sports	CHAILLEY-BERT (P.)
Biologie médicale	VERNE (J.)
Cancérologie médicale et sociale	EUGUENIN (R.)
Carcinologie	OBERLING (C.)
Chimie médicale	POLONOVSKI (M.)
(Hôtel-Dieu	BROCQ (P.)
Cliniques chirurgicales (Broussais ...	D'ALLAINES
(Salpêtrière ...	MONDOR (H.)
(Cochin	QUENU (J.)
Clinique chirurgicale réparatrice et orthopédique	MERLE D'AUBIGNE (R.)
Clinique de cardiologie	DONZELOT (E.)
Clinique de chirurgie infantile et d'orthopédie	FEVRE (M.)
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire	MONOD (R.)
Clinique de la tuberculose	BERNARD (E.)
Clinique de neuro-chirurgie	PETIT-DUTAILLIS (D.)
Clinique de puériculture	LELONG (M.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	DEGCS. (R.)
Clinique des maladies du sang	CHEVALLIER (P.)
Clinique des maladies du système nerveux ...	ALAJOUANINE (T.)
Clinique des maladies des enfants	DEBRE (R.)
Clinique des maladies infectieuses	MOLLARET (P.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale	DELAY (J.)
Clinique gynécologique	FUNCK-BRENTANO (P.)
Hôtel-Dieu ..	BENARD (H.)
Bichat	LAROCHE (G.)
Cliniques médicales (Cochin	MOREAU (R.)
(Broussais ...	DE GENNES

Clinique médicale d'hydro-climatologie	
thérapeutique	JUSTIN-BESANCON (L.)
Clinique médicale propédeutique	PASTEUR-VALLERY-RADOT (L.)
(Tarnier	LANTUEJOUL (P.)
Cliniques obstétricales (Baudelocque	LEVY-SOLAL (E.)
(Port-Royal	LACOMME (M.)
Clinique ophtalmologique	ELTER (E.)
Clinique oto-rhino-laryngologique	AUBIN (A.)
Clinique physio-pathologique des problèmes	
alimentaires (chaire à titre personnel)	RICHET (C.)
Clinique psychiâtrique infantile	HEUYER (C.)
Clinique rhumatologique	COSTE (F.)
Clinique stomatologique	DECHAUME (M.)
Clinique thérapeutique chirurgicale	SENEQUE (J.)
Clinique thérapeutique médicale	LEMAIRE
Clinique urologique	FEY (B.)
Embryologie	GIROUD (A.)
Génétique	LAMY (M.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie .	MOUQUIN (M.)
Histologie	CHAMPY (C.)
Hygiène et clinique de la première enfance .	CATHALA (J.)
Hygiène et médecine préventive	JOANNON (C.)
Médecine du travail	DESOILLE (H.)
Médecine légale	PIEDELIEVRE (R.)
Parasitologie et histoire naturelle	
médicale	GAILLIARD (H.)
Pathologie chirurgicale	N
Pathologie exotique	LAVIER (G.)
Pathologie expérimentale et comparée	LENEGRE (J.)
Pathologie et thérapeutique générales	N
Pharmacologie et matière médicale	HAZARD (R.)
Physico-chimie médicale (chaire à titre	
personnel)	DOGNON (A.)
Physiologie	BINET (L.)
Physique médicale	STROHL (A.)
Radiologie médicale	DESGREZ (H.)
Technique chirurgicale	MOULONGUET (P.)
Thérapeutique	TURPIN (R.)
Chaire de clinique médico-sociale du diabète	
sucré et des maladies de la nutrition	BOULIN

II.- PROFESSEURS SANS CHAIRE

MAITRE DE CONFERENCES-AGREGES ET AGREGES

Anatomie	(DEBEYRE (J.)
	(DELMAS (A.)
Anatomie pathologique	(GAUTHIER-VILLARS
	((Melle P.) Pr.s.ch.
	(BUSSER (F.)
	(GOUYGOU

Bactériologie	(FASQUELLE (R.) (NEVOT (A.)
Biologie médicale	BOURLIERE (F.)
Chimie médicale	(ETTORI (J.) Pr.s.ch. (JAYLE (M.F) Pr.s.ch. (SCHAPIRA (G.)
Dermato-syphiligraphie	DUPERRAT
Histologie	(BULLIARD (E.) Pr.s.ch. (COUJARD (R.)
Hydrologie	DEBRAY (C.)
Hygiène	(BOYER (DEPARIS (M.)
Médecine légale	(DEROBERT (L.) (HADENGUE (GAULTIER (M.)
Neuro-chirurgie	DAVID
Neurologie	SEZE (S.de)
	(GRASSET (J.) (LEPAGE (F.) (MAYER (M.)
Obstétrique	(MERGER (R.) (RAVINA (J.) (VARANGOT (J.) (MORIN
Ophtalmologie	(OFFRET (G.) (DESVIGNES (P.)
Orthopédie	JUDET
Oto-rhino-laryngologie	(HALPHEN (E.) Pr.s.ch. (AUBRY (MADURO (R.)
Parasitologie	BRUMPT (L.)
Parasitologie coloniale	CHABAUD
	(ABOULKER (P.) (BAUMANN (J.) (GOSSET (J.) (HUGUIER (J.)
Pathologie chirurgicale	(LAURENCE (G.) (LEGER (L.) (OLIVIER (Cl.) (PADOVANI (P.) (LORTAT-JACOB
	(POILLEUX (M.)
Pathologie chirurgicale	(ROUX (RUDIER (J.C.) (VERNE (J.M.)
Pathologie expérimentale	MERKLEN (P.)

	(BERNARD (J.)
	(BOUDIN (G.)
	(CASTAIGNE (P.)
	(CONTE (M.)
	(DECOURT (J.)
	(DOMART (A.)
	(DREYFUS (Gilbert)
	(FAUVERT (R.)
Pathologie médicale	(HAMBURGER (J.)
	(KOURILSKY (R.)
	(MILLIEZ (P.)
	(PERRAULT (M.)
	(RAMBERT (P.)
	(THIEFFRY (St.)
	(TURIAF (J.)
	(LAROCHE
	(PEQUIGNOT
	(LAMOTTE
Pédiatrie	(LAPLANE (R.)
	(MARIE (J.)
Pharmacologie	(LEVY (Mlle J.) Pr.s.ch.
	(CHEYMOL (J.H.) Pr.s.ch.
Physiologie	(BARGETON (D.) Pr.s.ch.
	(PARROT (J.L.)
Physique médicale	(DJOURNO (A.)
	(GOUGEROT (L.)
Phtisiologie	KREIS
Psychiâtrie	BARUK (H.)
Psychiâtrie infantile	MICHAUX (L.)
Stomatologie	(CHAPUT (Mme A.)
	(CERNEA
Puériculture	JOSEPH
Thérapeutique	PERRAULT
	chargé de l'ensei -
	gnement
Urologie	KUSS (R.)

III.- PROFESSEURS HONORAIRES ET AGREGES
RAPPELES A L'EXERCICE
pour le service des examens

MM. BRINDEAU (A.) (Obstétrique), GATELIER (J.) (Clinique chirurgicale), LE LORRIER (V.) (Obstétrique), VAUDESCAL (R.) (Obstétrique).

IV.- PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES
CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE
à titre permanent

	MM.
Clinique chirurgicale	(AMELINE (A.) MENEGAUX (G.) PATEL (J.) SICARD (A.) BROUET (G.) CACHERA (R.) GARCIN (J.) HAGUENAU (M.) MARCHAL (G.) SOULIE (E.)
Clinique médicale	(
Clinique obstétricale	(DIGONNET (L.) EGALLE (G.)
Clinique ophtalmologique	RENART (G.)
Clinique urologique	COUVELAIRE (R.)

	MM.
Secrétaire de la Faculté	MOREL (J.)
Secrétaire Adjoint	Melle CHANTREUIL (G.)

Conservateur Docteur HAHN (A.)
Bibliothécaires M. DOUAN (G), Melles DUMAITRE (P),
GOICHON (A.M), LE NOIR (G.),
METIN (F.)

Par délibération en date du 9 Déc. 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A la mémoire de mes Parents

A ma femme

A mes enfants

A tous les miens

A tous mes amis et camarades de l'Internat

A notre Maître et Président de Thèse

Monsieur le Professeur F. de GAUDART d'ALLAINES

Professeur de Clinique Chirurgicale

Chirurgien de l'Hôpital Broussais

Qui nous a fait le grand honneur d'accepter

la Présidence de cette Thèse.

A notre Maître , Monsieur le Docteur J.MIALARET
Chirurgien de l'Hôpital Saint-Louis

qui nous a conseillé dans la réalisation de
ce travail.

En témoignage d'affectueuse reconnaissance pour
la bienveillante amitié qu'il m'a toujours
témoignée.

A mes Maîtres dans les Hôpitaux

Externat

1946	Monsieur le Docteur P. PRUVOST
1946-1947	Monsieur le Docteur R.A. GUTMANN
1947-1948	Monsieur le Docteur P. BRODIN
1948	Monsieur le Professeur P. MOLLARET
1948-1949	Madame le Docteur ROUDINESCO

Externat en premier

1949	Monsieur le Docteur A. HUDELO
1949-1950	Monsieur le Docteur R.C. MONOD

Internat

1950	Monsieur le Docteur J. MEILLERE
1950-1951	Monsieur le Professeur Agrégé J.C. RUDLER
1951	Monsieur le Professeur G.J. CORDIER
1951-1952	Monsieur le Professeur M. FEVRE
1952	Monsieur le Docteur J. MIALARET
1952-1953	Monsieur le Professeur Agrégé P. PADOVANI
1953	Monsieur le Professeur F. de GAUDART- d'ALLAINES
1953-1954	Monsieur le Professeur Agrégé R. COUVELAIRE

A Messieurs les Professeurs Agrégés :

DUBOST et LORTAT-JACOB

(Chirurgiens des Hôpitaux)

A Messieurs les Docteurs :

BARCAT, EDELMANN, MONOD-BROCA
OUDOT (in memoriam)

(Chirurgiens des Hôpitaux)

DUPUY, MORIN, TARDIEU

(Médecins des Hôpitaux)

THOYER - ROZAT

(Gynécologue - Accoucheur des Hôpitaux)

A Messieurs les Docteurs :

ALLARY, ARVISET, BUSSON,

MAGDER, PILLOIS, VAYSSE

A ceux qui m'ont aidé dans la préparation des concours:

P. GRENET, Médecin des Hôpitaux

B. ROY et J. THIERRY

I N T R O D U C T I O N

Le traitement des ulcères gastro-duodénaux est périodiquement discuté, et si l'on en juge par la divergence des opinions et des arguments avancés dans les nombreuses publications Françaises et Etrangères, l'unanimité est loin de se faire sur la meilleure conduite à suivre.

Pendant longtemps, l'intervention d'urgence était la seule possibilité. Mais, alors que certains chirurgiens conseillaient de ne faire que le minimum : simple suture de la perforation, d'autres préféraient traiter l'ulcère en même temps que sa complication par une gastrectomie d'emblée, faite en urgence, chaque fois qu'elle était raisonnablement possible. Depuis quelques années, la gastrectomie était devenue d'utilisation courante et constituait un progrès important. Elle a incontestablement permis d'améliorer les résultats immédiats et éloignés lorsqu'elle était réalisée dans des conditions satisfaisantes et dans des cas favorables.

Plus récemment, l'apparition de la méthode de TAYLOR a bouleversé les notions habituellement admises sur le traitement de l'ulcère perforé. Alors qu'il n'était question que de savoir quel type d'intervention

il était préférable de faire, il est maintenant prouvé que l'on peut guérir la perforation, en s'abstenant de tout acte chirurgical, par la seule aspiration gastrique et les antibiotiques. D'abord accueillie avec faveur et utilisée par de nombreux chirurgiens, la méthode a été trop vite critiquée et abandonnée à la suite d'échecs parfois catastrophiques parce que des succès spectaculaires et trop faciles en avaient rapidement fait oublier les règles les plus élémentaires. En réalité, l'expérience étendue que l'on a maintenant de cette thérapeutique révolutionnaire permet d'affirmer sa valeur et son innocuité à condition que les indications en soient judicieusement posées et que les règles strictes de surveillance soient correctement suivies.

Qu'elle doit être, actuellement, la conduite à suivre ? Suture, gastrectomie ou traitement non-opératoire se partagent la faveur des chirurgiens. Mais, la majorité d'entre eux cherchent à établir une règle thérapeutique absolue et systématique, applicable à tous les cas quelque'ils soient. Ils sont trop souvent partisans ou adversaires sans nuances de tel ou tel traitement.

Nous pensons au contraire que le traitement doit être éclectique et qu'il est nécessaire de choisir pour chaque cas, parmi les diverses méthodes, le

traitement convenable. Beaucoup de facteurs (âge, horaire, siège, antécédents ulcéreux et pathologiques...) influent sur les résultats immédiats et éloignés et il faut en tenir compte. Tous les traitements, que ce soit la suture, ou la gastrectomie, ou l'aspiration sont légitimes, mais ils ont tous des inconvénients et des avantages qu'il faut utiliser au mieux.

Le pronostic immédiat et éloigné s'est régulièrement et considérablement amélioré depuis quelques années grâce au diagnostic plus précoce, aux antibiotiques, aux meilleures anesthésies. Il s'améliorera vraisemblablement encore si les chirurgiens s'habituent à considérer que le traitement, quel qu'il soit, ne doit pas être systématique et s'ils veulent bien s'efforcer de choisir entre les différentes possibilités thérapeutiques suivant le malade et non suivant leurs habitudes ou leurs préjugés.

Ce travail repose sur l'étude des observations de quarante-cinq ulcères perforés hospitalisés et traités à l'Hôpital Saint-Louis dans le Service de notre Maître, le Docteur Jacques MIALARET, entre le 1er Janvier 1950 et le 30 Avril 1954. Cette série est courte mais son intérêt tient à son homogénéité : aucun malade n'a été traité sur une indication de routine; chez tous le traitement a été discuté dans le même esprit en essayant de choisir celui qui était susceptible de donner les

meilleurs résultats immédiats et éloignés.

Nous n'avons pas l'intention, à propos de ces observations, de faire une revue générale du traitement de l'ulcère perforé et de reprendre et discuter les opinions qui sont exposées dans de très nombreux articles. Nous croyons ^{plus} utile d'indiquer les règles qui sont actuellement suivies dans le service, comment et sur quels critères pourra se fonder le choix de tel ou tel traitement. Dans les observations, on trouvera les raisons pour lesquelles, dans chaque cas, telle modalité thérapeutique a été adoptée; elles ne correspondent pas toujours aux règles que nous indiquons, car elles se sont peu à peu précisées par l'expérience.

L'excellence des résultats de cette série n'implique pas que la conduite suivie était la seule possible. Ils auraient peut-être été aussi bons avec d'autres techniques. Ils permettent en tous cas d'affirmer que la conduite suivie était légitime et que les règles du service :

- Jamais d'intervention d'urgence;
- Aspiration systématique;
- Décision thérapeutique à la troisième heure;
- Thérapeutique choisie en raison non seulement de l'ancienneté de la perforation, de l'âge du malade ou du siège de l'ulcère, critères classiques, mais aussi de l'ancienneté et de l'intensité des antécédents ulcéreux;

nous paraissent mériter d'être plus couramment suivies.

INDICATIONS THERAPEUTIQUES

Lorsqu'un malade porteur d'une perforation ulcéreuse est hospitalisé, il n'est jamais opéré d'urgence. Il est mis systématiquement en aspiration pendant trois heures, la décision thérapeutique n'étant prise qu'au bout de ce délai.

A l'arrivée du malade, on se renseigne sur les conditions de survenue de sa perforation : l'heure de la douleur initiale par rapport à l'admission; la perforation est-elle survenue à jeun ou après un repas ? de quelle importance et combien de temps après ?. Le malade a-t-il bu ou absorbé des aliments depuis le début ?.

On apprécie l'importance, la topographie et l'étendue de la contracture; l'importance du choc; l'état du pouls, de la tension artérielle, de la température. Ce sont là des notions classiques, mais on tiendra compte tout autant dans la discussion thérapeutique :

- de son métier;
- de son âge;
- de son aspect général : maigre ou obèse, pâle ou vultueux, calme ou agité, anxieux;
- de ses antécédents pathologiques : alcoolisme,

- tuberculose, emphysème pulmonaire, cardiopathie, etc..
- surtout de ses antécédents gastriques : l'ulcère était-il connu et depuis combien de temps ? Était-il duodénal ou gastrique ? Des examens radiologiques ont-ils été faits ? Le malade a-t-il été traité médicalement ? Comment, pendant combien de temps et avec quels résultats ? Fréquence, intensité et durée des crises douloureuses ? L'ulcère s'est-il déjà compliqué : a-t-il saigné, s'est-il perforé ? Existait-il des vomissements, un amaigrissement récents qui font craindre la constitution d'une sténose ulcéreuse.

Le malade est systématiquement examiné à la radio, non seulement pour rechercher un pneumopéritoine, mais aussi pour préciser son importance, son uni ou sa bilatéralité, s'il existe un niveau liquide intrapéritonéal. Cet examen permet encore de préciser la quantité de liquide contenu dans l'estomac, l'importance de la poche à air et de vérifier que la sonde d'aspiration est en bonne place.

Enfin, il est habituel de demander une numération globulaire, un dosage des protides et un hémocrite. Dans certains cas, d'autres examens complémentaires peuvent être utiles, en particulier un dosage de l'amylase sérique.

Le diagnostic de la perforation ulcéreuse est souvent évident en raison de la netteté du tableau clinique et de la présence d'un pneumopéritoine, car il est rarissime de le rencontrer en dehors de l'ulcère perforé. Mais, il est des cas où ce diagnostic n'est ni évident, ni certain, parce que le début a été progressif, que la température est élevée, que le maximum des signes n'est pas épigastrique mais iliaque droit ou que manque le pneumopéritoine qui ne s'observe que dans 70% des perforations ulcéreuses.

Que le diagnostic soit certain ou douteux la conduite est la même : le malade est aspiré pendant trois heures, quelque doive être la décision thérapeutique qui sera prise après ce délai et seulement à ce moment.

Cette conduite nous paraît justifiée; en effet :

- S'il s'agit d'un ulcère perforé, ce n'est pas du temps perdu car l'aspiration et les antibiotiques arrêtent l'évolution de la péritonite au moment où le traitement est établi. Après trois heures d'aspiration, on peut juger si elle est efficace et si l'abstention chirurgicale est légitime. Si l'on doit opérer, on le fera dans de meilleures conditions car ce traitement préopératoire améliore l'état général, fait céder la douleur, permet de déchoquer, perfuser et préparer le malade.

- Si le diagnostic est incertain, ce traitement aide à le préciser et constitue une véritable épreuve diagnostique à condition d'être court (il ne doit pas dépasser trois heures) et que l'on soit particulièrement exigeant sur les critères de son efficacité. L'absence d'amélioration nette et certaine malgré trois heures d'aspiration doit faire penser que l'erreur de diagnostic est très probable. Ce traitement ne durant que trois heures, il ne peut aggraver les cas où il ne s'agit pas d'un ulcère perforé : ni ceux où l'intervention aurait été inutile (pneumonie, crise gastrique violente etc...) ni ceux où l'intervention chirurgicale est nécessaire (pancréatite, cholécystite, appendicite surtout, erreur la plus fréquente à laquelle il faut toujours penser).

Voici comment est conduit le traitement :

- L'aspiration est installée dès l'arrivée. Nous utilisons une sonde duodénale ordinaire qui assure correctement la vacuité de l'estomac; mais si le dernier repas est récent, il est nécessaire d'en évacuer d'abord le contenu au tube de FAUCHER. Il est important que l'extrémité de la sonde soit en plein estomac, dans l'antrum prépylorique et qu'elle ne soit pas enroulée (vérification radiologique). L'aspiration est continue. Elle est assurée par un système quelconque qui donne une dépression douce.

- On injecte immédiatement 500.000 unités de Penicilline et un gramme de streptomycine, un demi-milligramme d'atropine. La morphine n'est jamais utilisée car elle peut calmer artificiellement la douleur qui est un des éléments essentiels de la surveillance.

En même temps, on installe une perfusion intraveineuse de Serum glucosé et salé à 4% ou de plasma si le malade est très fatigué.

Toute ingestion liquidienne est supprimée.

Si celà est nécessaire, toni-cardiaques ou toniques généraux sont prescrits.

Au bout de trois heures, le malade est de nouveau examiné en attachant une importance particulière à :

- L'évolution de la douleur spontanée : s'est-elle, sans morphine, atténuée ou persiste-t-elle inchangée ?
 - La diminution, la persistance sans modification, ou l'extension de la contracture;
 - L'aspect général du malade : calme ou agité, supportant difficilement la sonde.
- Disparition de l'état de choc, modification du faciès, du pouls, de la tension artérielle;
- L'aspect et la quantité du liquide aspiré; le fonctionnement facile ou difficile de l'aspiration,

- Le malade est systématiquement revu en radioscopie pour voir les modifications du pneumopéritoine en particulier s'il a augmenté ou si un niveau liquide est apparu.

C'est alors qu'on peut, en toute connaissance de cause, discuter les indications thérapeutiques et prendre une décision.

Schématiquement, trois éventualités peuvent se présenter :

- Le malade est opéré immédiatement;
- L'indication à l'intervention, en principe une gastrectomie, est posée mais celle-ci est volontairement différée de quelques heures;
- Le malade n'est pas opéré.

I - L'INTERVENTION IMMEDIATE

On opère immédiatement parcequ'existent des contre-indications à l'aspiration. Ce sont :

- 1) L'incertitude du diagnostic.

C'est une règle formelle : on ne peut être autorisé à surseoir à l'intervention que si le diagnostic d'ulcère perforé est certain.

- 2) L'indocilité du malade qui s'agite, arrache

sa sonde et ne la supporte pas, ou le mauvais fonctionnement de l'aspiration malgré les soins qu'on y apporte font qu'on ne peut être certain de son efficacité et rendent difficile l'appréciation de ses résultats. Ces conditions rendraient dangereuses la poursuite de l'aspiration. Il faut opérer. Il en est de même si l'on n'est pas en mesure de continuer la surveillance du malade.

3) L'absence d'amélioration.

Au bout de trois heures, l'aspiration doit avoir amené une amélioration évidente et avoir fait la preuve de son efficacité. L'évolution de la douleur spontanée est le meilleur élément d'appréciation : elle doit être indiscutablement soulagée, le malade doit être formel sur ce point. En même temps, l'état général doit être amélioré. Dans ce délai de trois heures, la contracture peut déjà être moins intense dans l'étage sous-ombilical. Mais, elle régresse moins vite que la douleur spontanée et elle peut persister identique à ce qu'elle était au début : on ne peut en tirer une conclusion défavorable, si la douleur spontanée et l'état général sont très nettement transformés. Bien entendu, si elle est plus intense ou s'est étendue, il faut intervenir.

L'efficacité de l'aspiration doit encore être appréciée par l'examen radiologique fait systématiquement à la troisième heure : l'augmentation du pneumopéritoine est une indication à intervenir.

4) La perforation vue après le 14ème heure.

Certains chirurgiens, dont H. TAYLOR, aspirent systématiquement tous les ulcères perforés quel qu'en soit l'horaire. Après la 14ème heure, l'épanchement intra-péritonéal a toute chance d'être abondant et septique. Nous estimons que dans ce cas, et sauf contre-indications par ailleurs, l'intervention fait courir moins de risques que l'abstention et ses complications possibles (abcès résiduels en particulier).

5) L'abondance de l'épanchement péritonéal et à plus forte raison son infection.

Il est souvent difficile de les apprécier car ils dépendent de multiples facteurs : temps écoulé depuis le début, heure et importance du dernier repas avant la perforation, absorption de liquide ou aliments depuis le début, siège et diamètre de la perforation, existence éventuelle d'une sténose.

En principe, il faut intervenir si la perforation est survenue peu de temps après un repas ou si le malade n'est pas resté à jeun depuis le début ou si l'histoire clinique fait soupçonner une sténose ulcéreuse. Il en est de même si l'aspect du faciès, la fièvre, la leucocytose font craindre une infection péritonéale précoce. Ces contre-indications à l'aspiration ne peuvent être codifiées avec rigueur et doivent être appréciées dans chaque cas particulier, en tenant compte de

l'évolution après trois heures de traitement.

Par contre, lorsque la radio montre un niveau liquide intra-péritonéal nous intervenons toujours.

L'intervention sera en principe une gastrectomie, sauf si celle-ci paraît trop dangereuse ou trop difficile.

La suture sera réservée aux malades âgés, fatigués ou tarés (alcoolique, tuberculeux...,) chez qui la résection représente une intervention trop importante. Elle sera préférée également lorsque les conditions locales rendent trop difficile la gastrectomie : périviscérite importante, ulcère trop loin situé à droite sur le duodénum ou trop haut placé sur la petite courbure, obèses, épanchement puriforme abondant.

Les sujets jeunes, n'ayant aucun antécédent et présentant une perforation duodénale petite, et à bords souples peuvent également être traités par la suture qui est moins mutilante et a de grandes chances d'être suivie d'une guérison définitive.

La gastrectomie est quelque fois nécessaire pour la sécurité immédiate lorsqu'il apparaît à l'intervention que la suture comporte des risques importants de sténose ou de désunion (perforation large, entourée d'une callosité étendue ou d'une paroi intestinale rouge vineuse).

II - L'INTERVENTION DIFFEREE

Certains malades présentent les conditions requises pour bénéficier de l'aspiration qui donne des résultats satisfaisants après trois heures de traitement. Dans la très grande majorité des cas, ces malades pourraient guérir de leur perforation par le seul traitement non opératoire, mais ils sont opérés, par principe, parce que l'on a des raisons de penser que les résultats éloignés seront mauvais. On les opère pour faire une gastrectomie sauf si celle-ci se révèle manifestement impossible à l'intervention.

L'indication d'une gastrectomie de principe est posée parce que :

- 1) Les antécédents sont anciens ou importants.

Les résultats éloignés de la suture (ou de l'aspiration qui aboutit au même résultat) sont mauvais dans 50% des cas environ. Mais ce sont les malades dont le passé ulcéreux est ancien qui présentent les plus mauvais résultats. La très grande majorité de ceux dont les crises ulcéreuses sont violentes, répétées ou datent de plusieurs années ne seront pas guéris par le simple traitement conservateur. Aussi, nous paraît-il légitime de faire une résection chez ces malades si les antécédents la justifie. Nous tenons compte pour les apprécier, de la violence, de la durée, et de la répétition des crises

douloureuses, de leur ancienneté (plus d'un an), du traitement médical qui a été éventuellement suivi et de ses résultats.

- 2) Une hémorragie est associée à la perforation.

La résection est le seul traitement logique de cette association toujours grave. Elle est faite dans de meilleures conditions de sécurité qu'autrefois, l'aspiration permettant d'attendre le temps nécessaire pour mener à bien la réanimation.

- 3) L'ulcère s'est déjà compliqué : sténose ulcéreuse, ulcère hémorragique qui "de toute façon, devra être gastrectomisé ultérieurement", perforation itérative.

- 4) C'est un ulcère gastrique.

La gastrectomie est indiquée parce qu'il existe un risque de dégénérescence ultérieur, parce qu'il peut s'agir non d'un ulcère mais d'un cancer perforé qu'il peut être difficile de reconnaître, même à l'intervention, parce que la suture est souvent difficile et précaire en raison de l'importance de la perforation et de la callosité qui l'entoure. D'autre part, le traitement non opératoire est toujours contre-indiqué parce qu'il aboutit très souvent à un échec; l'intervention ne devra donc pas être différée trop longtemps. En pratique, cette indication de

la gastrectomie est rarement rencontrée, car il n'est pas fréquent que le malade connaisse le siège de son ulcère. Il serait très utile de pouvoir le préciser au moment de la perforation; nous avons essayé de le faire en faisant absorber une ou deux gorgées de Tenebryl sous écran radioscopique, mais nos observations ne sont pas assez nombreuses pour autoriser une conclusion.

La gastrectomie n'est pas immédiate mais différée; elle est faite le lendemain ou à la rigueur le surlendemain, toujours dans les 48 premières heures et dès que le malade est bien préparé et en parfait état général. Bien entendu, on continue l'aspiration et le traitement médical, le malade est régulièrement surveillé jusqu'à l'intervention.

Cette conduite présente de nombreux avantages : Pendant tout le temps où le malade est laissé sous aspiration on a pu remonter son état général, le déchoquer, calmer sa douleur et le préparer de la même façon que pour une gastrectomie banale. L'intervention est exécutée sans hâte, au meilleur moment, dans des conditions excellentes d'anesthésie, d'aides, d'installation, conditions qu'il n'est pas toujours facile de réunir en urgence. Dans ces délais, l'aspiration et le jeûne n'ont pas encore à nouveau fatigué le malade alors qu'il le sera plus tard malgré les perfusions intra-veineuses qui ne peuvent compenser le jeûne. L'intervention est techniquement

facile, facilité même par l'œdème, alors que dès le troisième ou le quatrième jour les accollements viscéraux et péritonéaux peuvent la rendre moins simple ou même dangereuse. Exécutée dans ces conditions, au moment que l'on a choisi, l'intervention présente les mêmes garanties de sécurité qu'une gastrectomie " à froid ".

Ni la gastrectomie d'urgence, faite d'emblée, où l'on se prive inutilement de la préparation que permet l'aspiration ni la gastrectomie exécutée du cinquième au huitième jour ne nous paraissent présenter des avantages sur la gastrectomie différée.

Lorsqu'on a des raisons sérieuses de penser que la gastrectomie sera nécessaire, il est bien inutile d'attendre trois ou quatre mois pour la réaliser, imposer un arrêt de travail prolongé, une nouvelle hospitalisation, qui sera parfois refusée parce que le malade se croira guéri. Et d'ailleurs, cette gastrectomie secondaire n'est pas toujours simple et bénigne : des adhérences plus ou moins étendues, pénibles à libérer, gênent, allongent et aggravent l'intervention dans un certain nombre de cas. Ces difficultés peuvent même empêcher de faire une résection ou conduisent, inconsciemment, à réduire son étendue ce qui favorise les ulcères peptiques.

Il pouvait paraître logique, à priori, de guérir la perforation par l'aspiration et d'attendre que le malade soit bien rétabli, au bout de trois semaines à

un mois pour faire la gastrectomie. En fait, l'expérience a montré que c'est la plus mauvaise période pour la faire, celle où les difficultés techniques seront les plus importantes. Il est fréquent de trouver un bloc inflammatoire sous-hépatique, des adhérences très serrées, très difficiles ou impossibles à libérer qui peuvent faire renoncer à la gastrectomie. En opérant au bout d'un mois, on prend le risque bien inutile de ne pouvoir réaliser la résection gastrique.

III- LE TRAITEMENT NON OPERATOIRE

D'autres malades enfin, ne sont pas opérés et sont traités par l'aspiration et le traitement médical.

L'abstention opératoire n'est possible que si le malade se trouve dans des conditions favorables (diagnostic certain, perforation vue dans les quatorze premières heures, à jeun..), si l'aspiration fonctionne régulièrement et si l'amélioration rapide, évidente et certaine de l'état général et local annonce la guérison. Il faut aussi que cette amélioration soit continue jusqu'à la guérison car dans quelques cas, à vrai dire rares, l'indication opératoire peut s'imposer secondairement bien

que l'évolution ait été favorable au début.

Si ces conditions, absolument indispensables, sont remplies, nous traitons par l'aspiration :

1) Les malades, surtout s'ils sont jeunes, qui n'ont pas d'antécédents ulcéreux, ceux dont les antécédents sont légers ou récents et surtout s'ils n'ont jamais été traités médicalement. Il est probable que la majorité de ces malades sans antécédents ou presque et chez qui la perforation a constitué la première manifestation clinique de l'ulcère guériront par le simple traitement conservateur ou ne présenteront que des troubles minimes. L'abstention laisse à ces malades une grande chance de guérison définitive que l'on ne peut négliger car, la gastrectomie est une opération mutilante qu'il vaut mieux éviter quand on le peut. Il est certain que malgré le traitement médical anti-ulcéreux qui sera institué systématiquement certains malades continueront à souffrir et devront être gastrectomisés, mais ils seront peu nombreux. Personne, d'ailleurs, ne songe à opérer un ulcère à sa première poussée. Est-ce une raison de le faire parce que le processus ulcéreux a creusé quelques millimètres de plus ? Il ne nous semble pas que les faits confirment l'opinion de certains chirurgiens qui font systématiquement une gastrectomie parce qu'ils admettent que tous les ulcères perforés, même si l'ulcère est récent, continueront à évoluer et devront être opérés tôt

ou tard.

2) Les malades chez qui le risque est important et chez qui l'intervention paraît peu souhaitable si on peut l'éviter : obèses, pléthoriques, hypertendus, tuberculeux, cardiaques, etc....

3) Les malades vus très tardivement, au stade ultime de la péritonite, amenés moribonds et chez qui l'intervention chirurgicale, si minime soit-elle, présente une gravité considérable. L'aspiration et les antibiotiques donnent peut-être à ces sujets en état quasi désespéré une chance légèrement accrue de guérison.

Il est parfois utile chez eux de compléter le traitement par un drainage de la cavité péritonéale qui est installé à l'anesthésie locale.

4) Les malades vus tardivement, mais dont la perforation est en voie de guérison et s'est sans doute bouchée spontanément.

Après un syndrome perforatif net vu tardivement et qui s'est spontanément amélioré, si le malade ne présente plus de signes de péritonite et si son état général est excellent, il n'est pas nécessaire de l'opérer. Par sécurité, il est mis en aspiration. Nous n'intervenons que si ses antécédents indiquent une gastrectomie ou si un hydropneumopéritoine fait penser qu'il existe une quantité importante de liquide épanchée

dans le péritoine qu'il vaut mieux drainer ou, bien entendu, s'il existe déjà une collection évidente, sous-phrénique ou sous-hépatique, qui est aussitôt évacuée sans toucher à l'estomac.

En cas d'abstention chirurgicale, voici comment est conduit le traitement :

L'aspiration est maintenue en permanence. Son fonctionnement doit être régulier : il est souvent nécessaire de modifier de temps à autre la place de la sonde, de vérifier sa perméabilité en injectant un peu de serum. La quantité de liquide retiré est très variable : tantôt le tube donne abondamment, un ou deux litres ou même plus par vingt quatre heures; tantôt il ne ramène que quelques centimètres cubes : cela ne veut pas forcément dire que l'aspiration ne fonctionne pas, cependant, il faut s'assurer que la sonde est en bonne place, qu'elle n'est pas enroulée, ou bouchée. L'aspect du liquide est également très variable et n'a aucune signification. On a dit qu'il avait une couleur verte caractéristique de l'ulcère perforé; nous n'avons pas toujours noté cette coloration au cours de perforations ulcéreuses authentiques alors que nous l'avons observée en dehors d'ulcères perforés.

Les anti-biotiques sont continués pendant huit jours. Tout à fait arbitrairement nous donnons

1.000.000 unités de Pénicilline et un gramme de Streptomycine par vingt quatre heures. Quelquefois, nous y associons l'Auréomycine par voie veineuse dans les perfusions de serum, mais elle a l'inconvénient de provoquer rapidement une thrombose de la veine.

Pendant toute la durée de l'aspiration, on maintient une perfusion intra-veineuse continue de serum. En moyenne, on fait passer trois litres de liquide par vingt quatre heures; mais il y a lieu de corriger ce chiffre en fonction des pertes hydriques (quantité de liquide aspiré + urines + pertes insensibles). Nous utilisons les sérums glucosé et salé dans lesquels on mélange un complexe vitaminique soluble et quelquefois, suivant le chiffre de la protidémie, du plasma ou du Baxter.

Toutes les six heures, on injecte un quart de milligramme d'atropine qui a l'avantage de diminuer la sécrétion et le péristaltisme de l'estomac.

Il est nécessaire de continuer à surveiller l'évolution d'une façon régulière et fréquente : la douleur qui s'est atténuée très vite disparaît progressivement et complètement en douze ou vingt quatre heures. La contracture disparaît peu à peu mais moins vite que la douleur spontanée; il est fréquent qu'une défense épigastrique persiste pendant deux ou trois jours. On surveille l'état général, le faciès, le pouls, la tension artérielle, la diurèse. La température s'élève constamment à 38° - 38°5 et peut atteindre 39° le troisième jour;

cette ascension thermique n'a aucune signification défavorable, elle correspond simplement à la résorption de l'épanchement péritonéal. Mais, si elle persiste au-delà de ce délai et surtout si elle devient oscillante, il faut craindre et rechercher une collection résiduelle. Le transit intestinal se rétablit vite dès le deuxième jour pour les gaz, vers le quatrième ou le cinquième jour pour les selles; si le transit tarde à se rétablir, il faut craindre une occlusion qui est habituellement secondaire à un abcès résiduel. Le malade est passé à la radio au bout de vingt quatre et quarante huit heures pour vérifier que le pneumopéritoine disparaît progressivement.

La surveillance ne doit pas être relâchée pendant les deux premiers jours. En règle, l'évolution est d'emblée rassurante (si elle ne l'est pas on est intervenu) et elle se poursuit simplement jusqu'à la guérison. Mais, on a signalé des cas de réapparition de signes alarmants, de la douleur, de la contracture, de l'altération de l'état général après vingt quatre heures ou même trente six heures de traitement. Ces cas sont tout à fait exceptionnels et habituellement dus à une erreur thérapeutique ou à un défaut de surveillance : arrêt du fonctionnement de l'aspiration, boisson absorbée en cachette, arrêt prématuré du traitement.....

Le moment où l'on peut arrêter l'aspiration et faire boire le malade est difficile à préciser.

Ni la quantité du liquide aspiré ni son aspect qui sont très variables d'un malade à l'autre ne peuvent servir d'élément d'appréciation. On peut plus facilement se baser sur l'évolution des signes locaux, de la douleur, de la contracture, sur l'émission des premiers gaz. D'une façon toute empirique, mais qui n'a pas donné de déboires, l'aspiration et le jeûne absolu sont maintenus pendant quarante huit heures, parfois trois jours. Le troisième jour, l'aspiration est arrêtée une demi-heure par heure et le malade peut boire une gorgée de liquide. Le quatrième jour, l'aspiration est enlevée et le malade est autorisé à boire librement. Jusqu'au huitième jour, l'alimentation est uniquement liquide et n'est reprise normale qu'après ce délai.

Une complication très particulière, le pneumopéritoine progressif, peut s'observer au cours du traitement. Habituellement, il apparaît secondairement après une évolution favorable et pleinement rassurante. Il semble que la perforation se bouche et qu'une surpression gazeuse, de cause mal connue, provoque la rupture d'une oblitération encore fragile. Cette complication ne présente pas de danger si l'on fait, comme c'est la règle, un examen radiologique le lendemain et le surlendemain qui permet de reconnaître à son début l'augmentation du pneumopéritoine et si l'on intervient immédiatement. Il

est fréquent d'ailleurs que l'on trouve un orifice béant et du gaz sous pression dans le péritoine, mais pas ou peu de liquide. Il est sans doute possible de prévoir cette complication lorsque, malgré une aspiration fonctionnant bien, la poche à air gastrique reste importante ou augmente et de l'éviter en utilisant un tube de plus gros calibre.

Les collections résiduelles pelviennes, abdominales ou sous-phréniques ne sont pas exceptionnelles et peuvent se voir même dans les cas où le traitement a été commencé très tôt. Leur symptomatologie est très souvent masquée par les anti-biotiques : une fièvre peu élevée mais persistante, un retard à la reprise du transit intestinal doivent les faire rechercher systématiquement. Assez souvent, ces collections peuvent se résorber spontanément ou par le seul traitement médical, sinon il faut les évacuer.

On a signalé des thrombo-phlébites et des embolies pulmonaires, c'est pourquoi il est préférable de lever le malade dès que l'aspiration est discontinuée, c'est-à-dire le troisième jour.

L'aspiration représente un progrès très important dans le traitement de l'ulcère perforé, qu'elle soit utilisée comme seule thérapeutique ou à titre préopératoire. On l'a accusée, à tort, de comporter des risques

importants. Lorsqu'elle est correctement appliquée et surveillée, elle ne présente aucun danger, car il faut de ce point de vue, distinguer les échecs de l'aspiration et ses accidents. L'échec est possible et n'est pas exceptionnel mais il n'y a danger et accident pour le malade que s'il n'est pas reconnu à temps ou si l'on s'obstine à prolonger plus longtemps le traitement malgré la persistance, l'aggravation ou la réapparition des symptômes.

L'expérience étendue que l'on a maintenant de la méthode de Taylor, la lecture des observations d'accidents ne laisse aucun doute : l'échec peut toujours être reconnu et n'est pas dangereux si l'on opère immédiatement. Les accidents sont dus à la méconnaissance de l'échec par un défaut de surveillance ou à l'obstination du chirurgien; ils ne sont pas imputables à la méthode.

Telle est la ligne de conduite que nous suivons actuellement. Elle nous semble logique parce que le traitement est discuté et choisi avec éclectisme à propos de chaque cas pour donner au malade les meilleures chances de guérison aussi bien dans l'immédiat que pour l'avenir.

R E S U L T A T S

La série que nous présentons comprend quarante-cinq malades traités de 1950 à 1954.

Nous n'avons retenu que les observations où le diagnostic de la perforation ulcéreuse a été établi avec certitude par la constatation d'un pneumopéritoine, ou l'intervention, ou un cliché radiologique fait une dizaine de jours après la perforation et montrant avec évidence une image d'ulcère. Le pneumopéritoine a été trouvé dans 33 cas sur 45, ce qui correspond à la fréquence habituelle de ce signe. Chez trois malades où il n'existait pas, il a pu être mis en évidence par l'injection de 50^{cc} ou 100^{cc} d'air après avoir vidé l'estomac suivant la manœuvre d'OCHSNER et de BACKEY qui ne paraît pas présenter d'inconvénients.

Presque tous les malades ont été vus dans un délai convenable après le début de la perforation :

- Dans les six premières heures	:	28
- Entre six et douze heures	:	14
- Après douze heures	:	2
- Horaire non précisé	:	1

L'un des deux malades vus tardivement présentait une perforation couverte qui était en voie de guérison quand il a été amené à l'Hôpital.

L'âge des malades est compris entre 19 et 72 ans.

- Moins de 30 ans	:	13
- De 30 à 60 ans	:	24
- De plus de 60 ans	:	6
- Age non précisé	:	2

Tous les sujets de plus de soixante ans ont eu un traitement conservateur : trois ont été guéris par l'aspiration, trois autres ont dû être opérés et suturés.

TRAITEMENT

Le traitement a été éclectique puisque sur les quarante cinq malades traités, vingt trois l'ont été par l'abstention chirurgicale, vingt deux ont été opérés soit par principe, soit parce que l'aspiration était

contre-indiquée : il a été fait cinq sutures et dix-sept gastrectomies. Les indications thérapeutiques ont été discutées dans chaque cas et l'on s'est efforcé de choisir, en dehors de tout esprit de routine le traitement qui paraissait assurer les meilleures chances de guérison immédiate et lointaine. Cependant, la ligne de conduite que nous venons d'indiquer est celle que nous considérons actuellement comme la plus satisfaisante. Elle n'a pas toujours été suivie chez les malades dont nous présentons les observations, car elle s'est précisée peu à peu par la critique des résultats obtenus, et il est certain que chez quelques malades elle serait, maintenant, assez différente. Nous pensons qu'il était utile de l'indiquer dans les observations en même temps que les raisons qui ont fait préférer telle ou telle thérapeutique.

Tous les malades ont été aspirés systématiquement pendant un délai de trois heures. Puis :

a) INTERVENTION IMMEDIATE OU SECONDAIRE : sept cas

Ce sont des malades qui ont été opérés soit immédiatement parce que l'aspiration n'avait pas amené une amélioration suffisante au bout de trois heures, soit secondairement parce que, après une amélioration transitoire, sont réapparus des signes alarmants. On a été forcé d'intervenir bien que le traitement non opératoire ait été

indiqué en raison de l'absence d'antécédents ou parce que l'âge, le mauvais état général, les tares le faisait préférer.

Malgré une évolution clinique défavorable, on a trouvé trois fois une perforation bouchée. Il n'est pas exceptionnel que l'amélioration clinique ne soit pas parallèle à l'évolution anatomique, mais aucun élément ne permettant de le savoir, on est toujours conduit à intervenir.

L'intervention a comporté cinq sutures et deux gastrectomies. La suture a été préférée, bien que dans quatre cas les antécédents soient anciens, parce que les conditions locales (liquide abondant et puriforme) ou les conditions générales rendaient dangereuse la résection. Les deux gastrectomies ont été faites bien que l'évolution de l'ulcère ait été très récente, parce qu'il est apparu à l'intervention que la simple suture aurait été précaire en raison des conditions locales défavorables et comportait un risque important de sténose et de désunion. C'est pour la sécurité immédiate que l'on a préféré faire une résection.

Parmi ces sept cas, deux malades auraient du être opérés plus tôt :

L'un (observation 17) a présenté à la quarante-huitième heure un pneumopéritoine progressif qui a été méconnu faute d'examen radiologique et n'a été

découvert qu'à l'intervention. Il a finalement guéri mais après des suites troublées (éviscération au 12ème jour. Rééquilibration très difficile). Quelques observations de cette complication ont été publiées; elle est maintenant bien connue et peut toujours être reconnue à la radio. Instruit par l'expérience, un autre malade a été opéré malgré une évolution clinique satisfaisante parce que le pneumopéritoine avait augmenté : cependant, opératoirement, la perforation était parfaitement bouchée. Il n'en reste pas moins vrai que l'augmentation du pneumopéritoine est une indication formelle à intervenir.

L'autre malade (Observation 43) est mort. C'est le seul décès de notre série. Une erreur d'indication en est certainement responsable bien que le malade soit arrivé tardivement, à la 29ème heure et en médiocre état général. Aspiré pendant trois heures sans résultat, on a cru pouvoir continuer l'abstention, alors qu'il devait être opéré immédiatement et non le lendemain matin. Ce résultat défavorable n'est pas à porter au passif des règles que nous précisons, bien au contraire, il confirme avec évidence ce que nous avons dit sur la nécessité d'intervenir immédiatement et de ne pas s'obstiner chaque fois que l'amélioration n'est pas satisfaisante ou même si l'efficacité de l'aspiration est seulement douteuse.

b) GASTRECTOMIE DIFFEREE DE PRINCIPLE : quinze
cas

Ces malades ont été opérés par principe en raison de l'ancienneté de leurs antécédents alors que l'évolution sous aspiration était très satisfaisante.

Chez quatre malades on a du intervenir assez tôt (de la 4ème heure à la 12ème heure) en raison de la reprise de la douleur, de difficultés matérielles pour continuer la surveillance ou d'un doute sur l'efficacité de l'aspiration. Dans tous les autres cas, la gastrectomie a pu être faite au moment choisi, de la 11ème à la 30ème heure, dans d'excellentes conditions matérielles, chez des malades en parfait état. L'intervention a toujours été simple, conduite facilement (sauf dans un cas où l'on a été très gêné par un saignement abondant). Les suites ont été celles d'une gastrectomie "à froid". Il n'y a pas eu de complications, sinon une petite fistule duodénale guérie en sept jours, et un choc post-opératoire rapidement amélioré par la réanimation.

Dans tous les cas, sauf un, la perforation a été trouvée hermétiquement bouchée par un organe voisin ou un coagulum fibrineux, même après quatre ou six heures d'aspiration.

c) ABSTENTION OPERATOIRE : vingt trois cas

Dix neuf malades n'avaient pas d'antécédents

ou ils étaient récents ou légers et n'avaient pas été traités médicalement. Cependant, dans trois cas on a du faire secondairement une gastrectomie en raison de la reprise des douleurs et du syndrome ulcéreux : un seul de ces malades n'avait aucun antécédent ; chez deux autres la gastrectomie de principe était discutable : ils souffraient depuis un an, mais les crises étaient peu intenses et n'avaient pas été traitées ce qui avait fait préférer le traitement conservateur.

Deux malades ont été aspirés malgré des antécédents importants et lointains. Ils ont été gastrectomisés un mois et six semaines plus tard. Dans les deux cas, on a trouvé un bloc inflammatoire occupant toute la région pyloro-duodénale qui rendait la résection difficile et dangereuse ; dans un cas, on n'a pu la réaliser et on a du se contenter d'une gastro-entérostomie suivie quelques mois plus tard d'un ulcère peptique. Une gastrectomie différée aurait été plus simple et mieux indiquée.

Enfin, les deux autres malades ont été aspirés malgré des antécédents importants qui auraient pu justifier une gastrectomie de principe. On s'est abstenu en raison de l'âge, ou d'une affection grave (cancer du pharynx).

L'évolution sous aspiration a toujours été simple. Il y a eu deux collections résiduelles du

douglas apparues le 16ème et le 9ème jour chez des malades dont la perforation n'avait pas été vue très tardivement (7ème et 8ème heure). Elles se sont résorbées très vite par le traitement médical, sans que l'on ait eu à les évacuer chirurgicalement.

Dans l'ensemble, les résultats de cette série sont satisfaisants et soutiennent facilement la comparaison avec les meilleures statistiques publiées récemment :

- Un seul décès, par un oedème cérébral; chez un malade où les règles thérapeutiques que nous précisons n'ont pas été correctement suivies.
- Les complications ont été peu nombreuses et bénignes.

- Choc opératoire	: 1
- Pneumopéritoine	: 1
- Eviscération	: 1
- Fistule duodénale	: 1
- Abscès résiduels	: 2
- Phlébite	: 1

- Les résultats éloignés sont bons chez tous les malades suivis, mais ils sont impossibles à juger

actuellement, car dans la plupart des observations le recul n'est pas suffisant pour les apprécier avec objectivité.

OBSERVATIONS

OBSERVATION 1 - Monsieur Au.....Louis-28 ans - 3/10/1950

Perforation évidente vue à la 4ème heure. Contracture généralisée. Pas de pneumopéritoine. Peu choqué. Malade pratiquement à jeun; n'a rien pris depuis la perforation.

Depuis 3 ans, crampes épigastriques mal rythmées. Il y a deux ans, perforation suturée à la 4ème heure très rapidement suivie d'une reprise du syndrome ulcéreux avec amaigrissement important.

Traitement :

L'aspiration est installée dès l'arrivée. La douleur s'atténue à partir de la 2ème heure. Elle a complètement disparu le lendemain. La contracture diminue dès la 3ème heure pour disparaître en 36 heures. L'état général reste constamment bon. L'aspiration est maintenue 4 jours. Sort guéri le 10ème jour et doit revenir pour une gastrectomie.

La gastrectomie est faite vingt sept jours après la perforation : on trouve un bloc inflammatoire pyloro-duodénal tel qu'il oblige à renoncer à la gastrectomie et à faire une gastro-entérostomie.

Trois mois plus tard ulcère peptique. Gastro-jéjunectomie huit mois après la perforation : il n'y a plus trace de bloc inflammatoire. Guérison.

Ce malade est un des premiers qui ait été aspiré. Ses antécédents indiquaient une gastrectomie. On a voulu la faire au plus mauvais moment; elle s'est révélée impossible, alors qu'elle aurait été sans doute plus simple, plus facile et bénigne après 24 heures.

OBSERVATION 2. - Monsieur NA....François -41 ans- 22/4/50

Vu à la 9ème heure. Perforation typique survenue à jeun. A pris deux tasses de liquide depuis le début. Contracture généralisée. Petit croissant clair sous la coupole diaphragmatique droite. Malade très agité, geignant, mais bon pouls et bonne T.A. Depuis 25 ans, douleurs discontinues peu intenses qui ont fait soulever le diagnostic d'ulcère, mais il n'a été ni radiographié, ni traité.

Traitement :

L'aspiration est installée à la 9ème heure. Trois heures après, la douleur s'atténue un peu. La contracture est légèrement moindre dans la partie gauche de l'abdomen. Six heures après, l'état local est le même. L'amélioration n'est pas franche. Cependant, l'état général est bien meilleur qu'à l'arrivée. Le malade supporte très mal sa sonde qui donne peu, paraît s'être bouchée et qu'on ne peut arriver à faire fonctionner correctement.

Devant ce résultat imparfait de l'aspiration, les doutes sur son bon fonctionnement et les antécédents qui nécessiteront de toute façon une opération radicale, on décide d'intervenir sans plus attendre.

Gastrectomie faite après 7 heures d'aspiration chez un malade en meilleur état. Ulcère de la face antérieure du bulbe. Un autre ulcère non perforé à la face postérieure. Suites normales d'une gastrectomie "à froid".

OBSERVATION 3 - Monsieur Do....Robert - 25 ans - 9/5/1950

Vu à la 7ème heure. A jeun au moment de la perforation, mais à pris trois verres d'eau depuis. Tableau typique avec pneumopéritoine bi-latéral et un petit niveau liquide à gauche. Pas de choc. Pas d'antécédents; depuis huit jours douleurs rythmées.

Traitement :

Après trois heures d'aspiration, la douleur a beaucoup diminué (dès la première heure), la contracture est moins intense. Le malade se sent très bien.

On décide de le traiter par aspiration, car : malade jeune, sans antécédents, très bons résultats de l'aspiration.

Suites simples; le 3ème jour, une ascension thermique à 39°5 reste inexpliquée. Guérison.

OBSERVATION 4 - Monsieur FO....Roger - 23 ans - 9/8/1950

Vu à la 8ème heure. Contracture généralisée. Pneumopéritoine. Choc très intense, faciès tiré, pouls à 120.

Brûlures épigastriques depuis un mois.

Traitement :

Aspiration : trois heures plus tard la

douleur est moins intense. L'état général est bien meilleur. La contracture commence à céder. Indication du traitement non opératoire car : malade jeune, sans antécédents. L'amélioration n'est pas spectaculaire, mais elle est nette.

Après 16 heures de traitement la douleur spontanée a disparu. L'abdomen est souple mais un peu tendu. Très bon état général, bien que le pouls soit à 110.

L'aspiration est maintenue pendant 6 jours. Cependant, le malade reste fatigué, ballonné, fébrile. Une collection du douglas s'extériorise le 9ème jour et se résorbe par le traitement médical sans rectotomie.

Trois mois plus tard, reprise du syndrome ulcéreux qui n'est pas amélioré par le traitement médical. Gastrectomie 1 an 1/2 après la perforation : pas d'adhérences. Suites simples; apparition d'une gastrite du moignon 1 an plus tard.

OBSERVATION 5 - Monsieur GA....Moïse - 55 ans - 20/10/50

Vu à la 4ème heure. A jeun au moment de la perforation; n'a rien pris depuis. Tableau typique avec pneumopéritoine. Pas de choc, mais très agité.

Depuis un an et demi syndrome ulcéreux net. Radios : ulcère du bulbe. N'a pas été traité sérieusement.

Traitement :

L'aspiration donne de très bons résultats à la 2ème heure : malade plus calme, ne souffre plus mais la contracture reste inchangée. A la 4ème heure : la douleur a repris, le pouls s'est un peu accéléré, le malade est agité; on constate alors que l'aspiration ne fonctionne plus. Elle est remise en route. A la 8ème heure : la douleur a de nouveau disparu, la contracture a beaucoup diminué dans l'étage sous-ombilical. Elle disparaîtra complètement en 48 heures. Suites simples - Guérison.

L'indication du traitement non opératoire était discutable, car les antécédents dataient d'un an 1/2, mais il n'y avait jamais eu de traitement.

Huit mois plus tard, reprise du syndrome ulcéreux. Gastrectomie très facile; pas d'adhérences; ulcère duodénal antérieur. Pancréatite chronique.



OBSERVATION 6 - Monsieur GO...Louis-Paul - 72 ans - 4/5/51

Vu à la 6ème heure. Perforation typique avec pneumopéritoine. En très bon état.

Crises douloureuses périodiques à horaire tardif depuis trois ans. N'a pas été traité. Souffre depuis 8 jours.

Traitement :

Etant donné l'âge et malgré les antécédents, indication du traitement non opératoire.

L'aspiration amène une cédation de la douleur et de la contracture dès la 2ème heure et pourtant la sonde ne ramène presque rien malgré vérification. L'amélioration se poursuit très vite. Guérison. Une radiographie faite le 13ème jour montre une niche du bulbe duodénal.

OBSERVATION 7 - Monsieur BA.... Léon - 48 ans - 8/6/1951.

Vu à la 6ème heure. A jeun. Pneumopéritoine. Très choqué : dyspnée, sueurs, extrémités froides, pouls petit, rapide à 150. N'a jamais souffert.

Traitement :

Au bout de deux heures d'aspiration la douleur a presque complètement disparu, le ventre est plus souple, l'état général est transformé. A la 12ème heure résultats satisfaisants.

Gastrectomie après seize heures d'aspiration. Perforation lenticulaire de la face antérieure du bulbe, bouchée par le foie. Suites simples - Guérison.

Etant donné l'efficacité de l'aspiration et l'absence d'antécédents, le traitement non opératoire aurait été plus indiqué.

OBSERVATION 8 - Monsieur LO.... Maurice - 45 ans - 29/6/51.

Vu dans la première heure. La perforation est survenue au cours du repas. Pas de pneumopéritoine mais diagnostic évident cliniquement. Peu choqué. Aucun antécédent.

Traitement :

Après deux heures de traitement, l'aspiration a ramené un litre de liquide. L'amélioration est très franche et très nette. Aussi, bien que le malade n'ait pas



été à jeun continue-t-on la temporisation qui est d'autre part indiquée, car il s'agit d'une première poussée ulcéreuse.

Amélioration très rapide. Guérison. Une radio faite le 12ème jour montre un ulcère du bulbe.

OBSERVATION 9 - Monsieur BEL...Maurice 20/7/1951.

Vu à la 6ème heure. Perforation survenue à jeun. Contracture de l'étage sus-ombilical de l'abdomen. Pas de pneumopéritoine. Aucun antécédent.

Traitement :

Au bout de cinq heures, les douleurs ont disparu. L'épigastre est souple. Très bon état général.

Etant donné l'absence d'antécédents, l'efficacité de l'aspiration est continuée. Très bons résultats. Guérison. "l'abstention"

Une radio faite le 12ème jour montre un bulbe très suspect d'ulcère.

OBSERVATION 10 - Monsieur BE..Gabriel -25 ans - 1/8/1951.

Vu deux heures après la perforation qui est survenue à jeun. Contracture localisée dans la région épigastrique. Malade choqué, très pâle, couvert de sueur, pouls à 100. Pas de pneumopéritoine visible malgré l'injection de 100cc d'air.

Troubles dyspeptiques depuis trois ans, mais on n'a pas trouvé d'ulcère à la radio.

Traitement :

L'aspiration fonctionne mal au début. La "douleur" commence à s'atténuer à la 4ème heure, la contracture diminue un peu. Aux examens successifs, l'amélioration n'apparaît ni franche ni complète. L'état général reste médiocre : température à 38°5, sueurs, faciès tiré. Au bout de trente heures d'aspiration on décide d'intervenir parce que l'amélioration n'est pas franche et que le diagnostic restait douteux en l'absence de pneumopéritoine. On trouve un ulcère de la face antérieure du bulbe déjà bouché et étanche, et un deuxième ulcère postérieur fissuré.

La présence de deux ulcères, les antécédents de trois ans font poser l'indication d'une gastrectomie qui est possible chez un malade en bien meilleur état général.

La gastrectomie est gênée par un saignement constant et important qui est compensé par une transfusion per-opératoire. Choc post-opératoire facilement guéri par la réanimation. Suites simples - Guérison.

L'intervention aurait pu être plus précoce car l'amélioration n'était pas franche. L'aspiration a cependant permis de remonter l'état général et de faire la résection qui était souhaitable.

OBSERVATION II - Monsieur CH...Ali - 28 ans - 25/9/1951.

Perforation typique, mais pas de pneumopéritoine. Assez choqué, pâle, sueurs profuses.

Présente depuis deux ans et demi un syndrome ulcéreux qui a été traité médicalement sans amélioration.

Traitement :

L'aspiration a amené une cédation lente mais progressive de la douleur et de la contracture. Elle est complète en 48 heures. Evolution simple. Guérison.

Une radio faite le 10ème jour montre un ulcère du bulbe.

Chez ce malade, les antécédents, l'inefficacité du traitement auraient pu indiquer une gastrectomie différée. Mais son âge rendait légitime le traitement conservateur.

OBSERVATION 12. - Monsieur D...André - 28 ans - 25/9/1951.

Vu à la 4ème heure. Contracture généralisée. Pneumopéritoine droit. Assez choqué : pâle, sueurs, dyspnée.

Ulcère bulbaire diagnostiqué depuis trois ans et résistant au traitement médical.

Traitement :

Après trois heures d'aspiration, douleur et contracture commencent à régresser. Puis, l'amélioration est très rapide bien que le tube ne ramène que 75^{cc} de liquide. L'aspiration est très efficace, mais l'évolution rebelle au traitement médical depuis trois ans fait poser l'indication d'une gastrectomie de principe.

Gastrectomie faite après onze heures d'aspiration chez un malade en parfait état. Ulcère du genu supérius déjà colmaté par le foie, difficile à libérer. Suites simples - Guérison.

OBSERVATION 13 - Monsieur E...Marcel - 58 ans - 28/9/1951.

Vu à la 11ème heure. Tableau évident de perforation bien qu'il n'y ait pas de pneumopéritoine. Mauvais état général: très choqué, pâle, pouls très rapide. Vomissements contenant des filets de sang.

Troubles dyspeptiques banaux depuis six mois mais accompagnés de moelena depuis quelques semaines.

Traitement :

L'aspiration ramène du liquide brunâtre, contenant sans doute du sang. Au bout de quatre heures, cédation de la douleur et de la contracture. L'état général est meilleur. L'aspiration est efficace, mais il n'y a lieu de faire une gastrectomie en raison de l'hémorragie associée et des antécédents. Elle sera faite après préparation sous-aspiration.

Gastrectomie après dix neuf heures d'aspiration quand l'état général est excellent. Un litre de liquide clair dans le péritoine. Perforation de la face antérieure du bulbe à peine bouchée par le foie et une languette épiploïque. Gastrectomie facile. Suites simples - Guérison.

OBSERVATION 14 - Monsieur E...Victor - 62 ans - 23/11/1951.

Vu à la 2ème heure. La perforation est survenue une heure après un repas normal, mais le malade a vomi la totalité de son repas ce qui a soulagé la douleur.

Contracture généralisée. Choc, pâleur, frissons. Le pneumopéritoine est extériorisé par l'injection de 50cc d'air par la sonde.

Depuis deux ans, douleurs caractéristiques par leur rythme et leur périodicité mais pas de traitement.

Traitement :

Aspiration : à la 4ème heure, la douleur a complètement disparu, la contracture a diminué. L'aspiration est certainement efficace, le malade n'a jamais été traité, aussi continue-t-on l'aspiration. Evolution simple - Guérison.

Trois semaines après la perforation, une radio montre un bulbe très suspect d'ulcère.

OBSERVATION 15 - Monsieur L..Robert - 40 ans - 23/11/1951.

Vu à la 4ème heure. Perforation typique

survenue à jeun. Le pneumopéritoine n'est visible qu'après injection de 100^{cc} d'air par la sonde.

Depuis six ans, syndrome ulcéreux net et important traité par le bismuth.

Traitement :

L'aspiration amène une cédation lente mais progressive et certaine. Au bout de six heures, il n'y a plus de douleur, l'étage sous-ombilical est souple. L'amélioration est constante. Guérirait par l'aspiration, mais les antécédents font poser l'indication d'une gastrectomie de principe.

Gastrectomie à la 30ème heure chez un malade en très bon état et en voie de guérison. Perforation de la face antérieure de D.I. obturée par le ligament rond et un coagulum fibrineux. Guérison.

OBSERVATION 16 - Monsieur P...René - 29 ans - 25/12/1951.

Vu à la 9ème heure. Contracture généralisée. Pneumopéritoine bilatéral. Malade anxieux, teint grisâtre, pouls à 80, T.A. 13/7. Pas d'antécédents.

Traitement :

Après trois heures d'aspiration, la douleur a presque complètement disparu, l'étage sous-ombilical est plus souple, le faciès est bien meilleur. L'efficacité de l'aspiration, absence d'antécédents font poser l'indication du traitement non opératoire.

À la 5ème heure, la douleur reprend, le pouls s'est accéléré, le faciès est angoissé, l'abdomen est moins souple. On s'aperçoit que l'aspiration ne fonctionne pas. Elle est remise en route et tout rentre dans l'ordre. De nouveau à la 14ème heure la sonde se bouche et on ne peut arriver à la faire fonctionner correctement. La douleur et la contracture ont repris. On intervient parce que l'aspiration ne fonctionne pas correctement et que, malgré l'amélioration du début, ces difficultés matérielles ont entraîné une reprise des signes cliniques.

Intervention après vingt heures d'aspiration. Ulcère du bulbe obturé d'une façon étanche. Il aurait été logique, étant donné l'absence d'antécédents, de faire une suture, mais l'ulcère est très gros, très large, et pour la sécurité immédiate on préfère une gastrectomie. Suites simples - Guérison.

OBSERVATION 17 - Monsieur M...Léon - 51 ans - 11/1/1952.

Vu à la 6ème heure. Perforation typique survenue à jeun. Un peu choqué, température 38°I. Le pneumopéritoine n'apparaît qu'après insufflation de 100^{cc} d'air.

N'a présenté que depuis trois semaines des troubles digestifs vagues.

Traitement :

Aspiration : au bout de six heures, la douleur a nettement diminué, l'étage sous-ombilical de l'abdomen est souple; très bon aspect. L'absence d'antécédents, l'efficacité de l'aspiration font poser l'indication du traitement non opératoire. L'amélioration est constante aux examens successifs et fréquents. Le pneumopéritoine a disparu à la 36ème heure.

Au bout de 48 heures, alors que le malade allait très bien, il devient euphorique, trémulant, couvert de sueurs, très agité. Il arrache sa sonde plusieurs fois. Cependant, rien ne justifie l'intervention chez ce malade, alcoolique certain, car la perforation est sûrement bouchée.

A la 60ème heure, apparaît un météorisme abdominal, mais la paroi est souple.

Le 4ème jour, le météorisme persiste, ventre scuple, T.R. négatif, bon faciès; température 38°5. Il n'y a eu aucun gaz depuis le début. Pas d'examen radiologique.

Il est décidé de faire un drainage péritonéal à l'anesthésie locale en pensant qu'il s'agit d'une péritonite camouflée par les anti-biotiques avec ileus réflexe. Incision de la F.I.D. : pas de liquide mais issue d'une grande quantité de gaz. Laparotomie sus-ombilicale : on trouve une perforation prépylorique incomplètement obturée. Suture.

Les suites sont très troublées : rééquibration très difficile; éviscération le 12ème jour. Sort guéri le 30ème jour.

Il est vraisemblable que la perforation a du se boucher, puis se déboucher au bout de 48 heures, après l'épisode délirant. Malgré une surveillance clinique très attentive l'échec a risqué de passer inaperçu, parce que l'examen radiologique a été négligé. Il aurait permis de reconnaître plus tôt le pneumopéritoine progressif.

OBSERVATION 18 - Monsieur L. Robert - 43 ans - 22/2/1952.

Ulcéreux connu depuis treize ans. Traité et suivi depuis quatre ans pour ulcère du bulbe.

Vu deux heures après une douleur iliaque droite à début brusque qui s'est atténuée. Ventre souple mais très légère défense dans la F.I.D. Très bon état général. Température : 37°7. Pas de pneumopéritoine. Le diagnostic n'est pas posé; mise en observation.

Le lendemain, le malade va très bien, mais craignant une appendicite, on intervient à la 14ème heure par Mac Burney. On trouve un appendice sain et une quantité abondante de liquide gastrique accumulé dans la gouttière pariéto-colique. Etant donné l'évolution spontanément favorable, on se contente d'une appendicectomie. Par sécurité, le malade est mis en aspiration pendant trois jours - Guérison.

Trois semaines après la perforation, reprise du syndrome ulcéreux.

Gastrectomie six semaines après la perforation. On trouve un ulcère duodénal juxta pylorique. Très gros bloc sous-hépathique, tellement difficile à libérer qu'on discute l'abstention ou la simple gastro-entérostomie.

Suites simples - Guérison.

Etant donné les antécédents, il aurait été logique de faire une gastrectomie immédiate. Elle aurait été, sans doute, plus simple.

OBSERVATION 19 - Monsieur D....Mauro - 53 ans - 14/3/52.

Vu à la 7ème heure. Perforation typique à jeun. Pneumopéritoine bi latéral.

Histoire clinique d'ulcère depuis 5 ans.

Traitement :

Aspiration : à la 3ème heure la douleur a un peu diminué, mais le ventre est toujours contracturé. Puis, l'amélioration est très rapide et très nette. A la 10ème heure, la douleur spontanée a repris, la contracture s'est un peu étendue. Malade plus fatigué, un peu dyspneïque. Cependant, l'aspiration paraît bien fonctionner. Le pneumopéritoine n'a pas changé à la radio.

La gastrectomie est décidée sur la rétrocession très incomplète sous aspiration et les antécédents formels et lointains.

Faite après douze heures d'aspiration. Perforation duodénale parfaitement bouchée - Guérison.

OBSERVATION 20 - Monsieur F...Jean - 36 ans - 2/5/1952.

Vu à la 4ème heure. Tableau évident avec pneumopéritoine. Ulcéreux connu depuis huit ans; n'a jamais été traité.

Traitement :

Aspiration : au bout de 3 heures, l'amélioration est très importante : la douleur est très atténuée, la contracture est moins intense. Etat général parfait.

Les antécédents font poser l'indication d'une gastrectomie différée de principe.

Gastrectomie chez un malade en voie de guérison en parfait état après quinze heures d'aspiration. Perforation duodénale couverte. Suites d'une gastrectomie " à froid ".

OBSERVATION 21 - Monsieur P... 49 ans - 6/5/1952.

Vu à la 3ème heure d'une perforation survenue à jeun. Très bon état général.

Ulcère du bulbe connu depuis quatre ans et traité par le bismuth.

Traitement :

Après deux heures d'aspiration, la douleur a beaucoup diminué. Six heures plus tard elle a complètement disparu et la contracture a cédé dans l'étage sous-ombilical. L'aspiration est efficace, mais les antécédents font poser l'indication d'une gastrectomie différée. L'amélioration se poursuit; cependant à la 12ème heure le pneumopéritoine est maintenant bilatéral et il a un peu augmenté à droite.

La gastrectomie est faite après dix sept heures d'aspiration chez un malade en parfait état.

Perforation bouchée de la face antérieure de bulbe. Résection très facile. Guérison.

OBSERVATION 22 - Monsieur D...Louis - 35 ans - 11/5/1952

Vu à la 3ème heure. A jeun au moment de la perforation et n'a rien pris depuis. Pneumopéritoine bilatéral. Bon état général. Depuis un an, présente de vagues douleurs épigastriques.

Pas de radios. Pas de traitement.

Traitement :

Aspiration : après cinq heures, le malade souffre beaucoup moins, le ventre respire et la contracture a disparu de l'étage sous-ombilical alors qu'elle était généralisée. Très bon état général.

Le traitement non opératoire est indiqué parce que l'aspiration est efficace et qu'il s'agit d'un sujet jeune, dont les antécédents sont récents et qui n'a jamais été traité. L'amélioration est constante sous aspiration. Guérison.

OBSERVATION 23 - Monsieur La Pierre 36 ans - 12/6/1952.

Ce malade n'est vu que 20 heures après la perforation survenue la veille au cours du diner. A son entrée, il ne souffre presque plus. Il n'y a qu'une simple défense de l'épigastre et de l'hypochondre droit. L'état général est excellent. Pneumopéritoine droit.

Depuis 5 ans, crises douloureuses périodiques et rythmées, rattachées à un ulcère du bulbe par la radio.

Traitement :

Il s'agissait sans doute d'une perforation déjà bouchée lors de l'arrivée. Mais les antécédents, l'âge indiquent une gastrectomie.

L'aspiration amène une disparition complète des signes au bout de six heures.

La gastrectomie est faite le lendemain après vingt heures d'aspiration. Perforation duodénale

antérieure non couverte mais hermétiquement fermée par un coagulum fibrineux. Resection très facile. Guérison.

OBSERVATION 24 - Monsieur D...Pierre - 68 ans - 1/7/1952

Perforation survenue trois heures après le déjeuner et vue à la 7ème heure. Contracture peu intense mais diffuse à tout l'abdomen. Etat général moyen : pouls à 84; T.A. 10/7, température 37°3. Pneumopéritoine bilatéral avec un important niveau liquide à droite.

Depuis vingt ans, troubles dyspeptiques rythmés par crises périodiques, jamais traité.

Traitement :

L'aspiration n'amène pas l'amélioration désirée. La douleur s'est un peu atténuée au début mais elle persiste. La contracture reste la même. L'aspect radiologique ne s'est pas modifié. Numération 11.400 G.B. avec 90 % de polynucléaires. D'autre part la sonde fonctionne mal; elle est mal supportée par le malade qui s'agite.

Intervention à la 14ème heure parce que le malade ne supporte pas la sonde, qu'il existe un important niveau liquide, et que l'amélioration n'est pas franche.

On trouve 400^{cc} de liquide dans le péritoine, louche, verdâtre (sa culture montrera qu'il contient du colibacille). Ulcère de la face antérieure de D.I. petit, non calleux. Suture + épiplooplastie. Suites simples. Guérison.

Les antécédents de ce malade justifiaient une gastrectomie, mais : l'âge, l'état général médiocre, l'aspect du liquide péritonéal la rendait dangereuse alors que l'aspect de la perforation permettait de penser que la suture donnerait une bonne sécurité immédiate.

Ce malade aurait dû être opéré plus tôt; la présence d'un important niveau liquide, l'amélioration non évidente par l'aspiration devaient faire intervenir immédiatement, à la 3ème heure et non à la 14ème heure.

OBSERVATION 25 - Monsieur Cl...Adrien - 62 ans - 4/7/1952.

Vu à la 4ème heure. Perforation typique

à jeun. N'a rien pris depuis. Pneumopéritoine avec un important niveau liquide. Très mauvais état général : dyspnée, langue sèche, pouls petit et très rapide

Passé ulcéreux net depuis vingt ans; traité par Laristine. En outre antécédents pulmonaires récents et artérite des membres inférieurs.

Traitement :

Les antécédents, le mauvais état général, l'âge, les lésions associées (pulmonaires - artérite), indiquent, si possible, un traitement non opératoire, malgré l'existence d'un niveau liquide.

Mais, la sonde fonctionne mal; elle ramène un peu de liquide au début puis plus rien. Elle est mal supportée par le malade qui est de plus en plus agité. Aux examens successifs, il y a une certaine amélioration : l'état général est mieux, bien que persiste la dyspnée; la contracture diminue; la douleur a cédé mais pas franchement. L'agitation du malade, empêche d'ailleurs d'apprécier avec sécurité l'efficacité de l'aspiration. Pour toutes ces raisons, l'intervention est décidée.

L'intervention est faite après quinze heures d'aspiration. L'état général est mieux qu'à l'arrivée mais reste médiocre. On trouve un ulcère duodénal antérieur bouché par des fausses membranes et du liquide puriforme dans le douglas (il sera stérile à la culture). Il serait souhaitable chez ce malade, souffrant depuis vingt ans, de faire une résection mais les conditions d'âge, d'état général, d'aspect du liquide la rendent dangereuse et lui font préférer une suture + épiplooplastie. Suites simples - Guérison.

OBSERVATION 26 - Monsieur C...Roger - 23 ans - 3/8/1952.

Vu à la 7ème heure. Contracture limitée à l'étage sus-ombilical. Très bon état général. Pneumopéritoine droit. On fait avaler une gorgée de ténébryl sous écran radioscopique, le liquide de contraste tombe directement dans le douglas par un trajet direct et vertical, ce qui semble indiquer un ulcère gastrique.

Douleurs rythmées sans périodicité depuis un an mais pas de radios ni de traitement.

Traitement :

L'aspiration amène une amélioration spectaculaire. Cependant, à la IIème heure, malgré une évolution

clinique parfaite, le pneumopéritoine droit a augmenté et il est apparu à gauche. L'intervention est décidée en raison de l'augmentation du pneumopéritoine et parce que l'ulcère est sans doute gastrique.

Intervention après seize heures d'aspiration. Ulcère prépylorique de la petite courbure bouché par le foie. Malgré l'âge (23 ans), les antécédents récents, et l'absence de traitement, on choisit de faire une gastrectomie en raison du siège gastrique et des risques ultérieurs de sténose que comporterait la suture. Suites simples - Guérison.

OBSERVATION 27 - Monsieur P...Richard - 25 ans - 28/10/52.

Vu à la 6ème heure. Contracture sus-ombilicale et de la F.I.D. Pneumopéritoine. Souffre beaucoup mais bon état général. Depuis un an, porteur d'un ulcère du bulbe vérifié radiologiquement mais non traité.

Traitement :

Après trois heures d'aspiration, la douleur s'est atténuée beaucoup. La contracture a commencé à céder. Puisque l'aspiration est efficace, l'âge, les antécédents récents, l'absence de traitement font préférer le traitement non-opératoire. Evolution simple - Guérison.

Le malade est mis au traitement médical post-opératoire mais il continue à souffrir. Gastrectomie onze mois après la perforation; ulcère duodénal.

OBSERVATION 28 - Monsieur M...Denis - 59 ans - 30/10/52

Vu à la 2ème heure. Perforation cliniquement évidente bien qu'il n'existe pas de pneumopéritoine.

Suivi et traité depuis un an et demi par le Dr. CATINAT pour ulcère du bulbe, mais n'a pas été amélioré.

Traitement : Après trois heures d'aspiration, la douleur a cédé, la contracture a un peu diminué, l'état général s'est beaucoup amélioré. L'aspiration est sûrement efficace, mais l'indication de la gastrectomie est posée sur les antécédents et l'inefficacité du traitement médical. Elle devait être effectuée le lendemain matin, mais le malade est un peu agité et arrache deux fois sa sonde; le système d'aspiration est défectueux et des difficultés

de personnel rendent la surveillance difficile; aussi puisque il est déjà amélioré et en parfait état, intervient-on tout de suite à la 4ème heure d'aspiration.

Gastrectomie : perforation lenticulaire duodénale antérieure, près du bord supérieur, obturé par un bouchon fibrineux. Le siège de l'ulcère rend difficile la libération du duodénum (danger cholédocien) dont la fermeture n'est pas satisfaisante car on est passé en plein ulcère (ce qui aurait pu faire envisager une gastrectomie pour exclusion).

Suites grevées d'une petite fistule duodénale tarie spontanément en sept jours et d'une phlébite qui regresse au Tromexan. Guérison.

OBSERVATION 29 - Monsieur L.. Marcel - 51 ans - 3/3/1953

Vu à la 5ème heure. Perforation survenue à jeun. Assez choqué. Pneumopéritoine bilatéral. Une gorgée de Ténébryl montre une petite tache suspendue dans la région de la petite courbure qui semble représenter l'ulcère; pas de filtration péritonéale.

Une crise ulcéreuse il y a un an. Traité sans résultat. En outre, ce malade est porteur d'une volumineuse adénopathie cervicale cancéreuse secondaire à un néoplasme du pharynx.

Traitement :

L'aspiration amène une bonne amélioration, lente au début mais progressive. Guérison.

Il aurait été logique de faire une gastrectomie différée en raison des antécédents de un an, du traitement médical inefficace, et du siège gastrique vraisemblable de l'ulcère, mais le cancer du pharynx indiquait formellement un traitement non opératoire (sous réserve de son efficacité bien entendu).

OBSERVATION 30 - Monsieur T... Alfred - 65 ans - 6/3/1953.

Vu à la 7ème heure. Perforation typique survenue à jeun. N'a rien pris depuis. Choqué, pouls rapide, filant, en mauvais état. Pneumopéritoine bilatéral. Une gorgée de Ténébryl n'objective ni la perforation ni le siège de l'ulcère. Depuis deux ans douleurs épigastriques; pas de traitement. Suivi pour une cardiopathie

Interné à Ste Anne pendant deux ans.

Traitement :

Chez ce sujet âgé, cardiaque, en très mauvais état, le traitement non opératoire est indiqué.

L'aspiration n'a amené aucune amélioration au bout de trois heures; mais six heures plus tard, la douleur est moins vive, la contracture a nettement diminué, l'état général est meilleur. Dès lors, l'amélioration est lente mais constante aux examens successifs; cependant, la température reste au dessus de 38°, apparaît un léger météorisme et le premier gaz n'est émis que le 5ème jour.

Le 6ème jour, le T.R. trouve une collection du douglas qui se résorbe spontanément. Guérison, sort le 28ème jour.

OBSERVATION 31. - Monsieur D....Léon - 25 ans - 28/5/53

Perforation typique avec pneumopéritoine bilatéral, vue à la 7ème heure. Juste avant la perforation, le malade a bu un litre de bière et un demi litre d'eau depuis le début. Bon état général. Depuis cinq ans, troubles dyspeptiques banaux et peu intenses. N'a jamais eu de radiographie ni de traitement.

Traitement :

Aspiration : Au bout de trois heures, la douleur spontanée a un peu diminué, même état local. Mais, au bout de six heures, la douleur a complètement disparu, la région épigastrique se défend un peu alors que la contracture était généralisée, très bon état général. L'aspiration est sûrement efficace. L'âge, les antécédents peu intenses et peu nets, l'absence de traitement médical font préférer le traitement non opératoire. L'amélioration est constante aux examens successifs, bien que le tube se bouche à plusieurs reprises et doive être particulièrement surveillé. Guérison.

Seize jours plus tard, une radiographie montre un ulcère duodénal certain.

OBSERVATION 32. - Monsieur P...Saturnin (50 ans) 9/3/53

Vu à la 3ème heure. Perforation survenue

à jeun. Pneumopéritoine. Très bon état général.

Soigné depuis trois ans pour ulcère du bulbe, mais n'a pas été amélioré.

Traitement :

L'aspiration donne de très bons résultats, dès la 3ème heure, tant sur la douleur que sur la contracture. Elle est efficace, mais l'indication d'une gastrectomie différée est posée parce que l'ulcère évolue depuis trois ans et résiste au traitement. L'aspiration est continuée pendant 12 heures jusqu'à l'intervention.

Gastrectomie chez un malade en excellent état. Perforation de la face antérieure de D.I. bouchée par un coagulum fibrineux. Il existe un deuxième ulcère postérieur non perforé. Resection facile. Suites opératoires très simples. Guérison.

OBSERVATION 33.- Monsieur L...Fernand - 53 ans - 13/6/53

Vu à la 3ème heure. Contracture généralisée. Bon état général. A la radio pas de pneumopéritoine, mais l'estomac est rempli d'une grande quantité de liquide avec une toute petite poche à air.

Crises ulcéreuses depuis seize ans. Perforation d'un ulcère pylorique il y a treize ans, traité par suture. Crises très intenses tous les ans. Depuis trois semaines poussée ulcéreuse avec vomissements très abondants faisant craindre une sténose.

Traitement :

L'aspiration est installée après évacuation de l'estomac au tube de Faucher. Elle fonctionne mal et ne ramène que quelques centimètres cubes. L'amélioration est médiocre. L'indication de l'intervention est posée sur le passé ulcéreux, la perforation antérieure, une sténose vraisemblable, le résultat médiocre de l'aspiration.

Gastrectomie après douze heures d'aspiration : (elle aurait dû être faite plus tôt) un verre de liquide dans le péritoine et pourtant la perforation est béante et l'estomac plein de liquide (et la sonde ne donnait rien). Perforation prépylorique sur une large zone cartonnée occupant toute la région pyloro-antrale. (la suture aurait été très précaire). Suites simples. Guérison.

OBSERVATION 34 - Monsieur J...Joseph - 25 ans - 24/7/1953

Vu à la 1ère heure. Perforation survenue au début du déjeuner, mais en a vomi la plus grande partie. Contracture généralisée, mais pas de pneumopéritoine.

Depuis cinq mois, troubles dyspeptiques vagues. Un examen radiologique fait six jours avant la perforation a montré un ulcère du bulbe qui allait être traité.

Traitement :

L'aspiration amène vite une nette amélioration. L'âge, les antécédents récents, l'absence de traitement médical font poser l'indication du traitement non opératoire.

Très bons résultats de l'aspiration.
Guérison.

OBSERVATION 35 - Monsieur Le M.... 50 ans - 11/8/1953

Vu à la 9ème heure. Contracture généralisée sauf dans la F.I.G. Pneumopéritoine. Bon état général.

Ulcère diagnostiqué radiologiquement il y a huit ans.

Traitement :

L'aspiration fonctionne médiocrement. Au bout de cinq heures les douleurs persistent sans changement; la contracture est maintenant étendue à la F.I.G. L'état général reste satisfaisant. Il y a donc échec de l'aspiration et l'on intervient immédiatement.

A l'intervention : grande quantité de liquide très sale dans le péritoine. Perforation lenticulaire prépylorique antérieure. Suture + épiplooplastie. Suites simples. Guérison. Il aurait été plus logique, étant donné les antécédents et le bon état général, de faire une gastrectomie.

OBSERVATION 36 - Monsieur R...Georges - 57 ans - 17/7/53

Vu à la 3ème heure. Contracture généralisée avec léger météorisme abdominal. Un peu pâle et anxieux, mais bon état général. Pneumopéritoine bilatéral.

Traitement :

Aspiration : Amélioration très rapide. Après six heures de traitement, la douleur a presque disparu, le ventre se défend encore un peu. Très bon aspect. L'aspiration est efficace et il n'y a pas d'antécédents; il faut donc continuer l'aspiration. Evolution normale. Guérison.

Une radio faite quinze jours après la perforation montre une petite fuite barytée extra bulbaire qui a disparu trois mois plus tard.

OBSERVATION 37 - Monsieur K...Léonide - 60 ans - 18/9/53.

Vu à la 5ème heure. Perforation survenue à jeun, mais boit un pernod tout de suite après qui a soulagé le malade.!

Contracture généralisée sauf dans la F.I.G. Pneumopéritoine bilatéral. Etat de choc : faciès pâle, lèvres et langue sèches, pouls petit à 100, T.A. 8/6.

Depuis deux ans : douleurs épigastriques rythmées mais non périodiques. Des radios faites à cinq reprises n'ont pas montré d'ulcère.

Traitement :

L'aspiration amène une amélioration des signes dès la 3ème heure. Au bout de 9 heures la douleur a disparu, le ventre est souple, l'état général est bien meilleur.

L'indication d'une gastrectomie est discutée en raison des antécédents datant de deux ans, mais ils ne sont pas nets, les radiographies n'ont jamais montré d'ulcère et il n'y a pas eu de traitement; d'autre part, le malade refuse formellement une intervention.

L'aspiration, surament efficace est continuée. Evolution simple. Guérison. Mais le 6ème jour, apparition d'un hoquet qui fait découvrir un anévrysme de la crosse aortique.

OBSERVATION 38 - Monsieur M...Félix - 45 ans - 18/10/1953

Vu à la 7ème heure. Tableau évident. Pneumopéritoine droit. Très bon état général.

Depuis trois ans quelques douleurs épigastriques calmées par la belladone. N'a été ni radio -

graphié ni traité.

Traitement :

Aspiration : A la 4ème heure, douleur et contracture ont nettement diminué. L'aspiration est continuée car elle est efficace, et les antécédents discrets et peu intenses justifient un traitement conservateur. Evolution normale sous aspiration. Guérison.

Une radio faite à la 3ème semaine montre un bulbe mal injecté, très suspect d'ulcère.

OBSERVATION 39 - Monsieur B....Maurice - 41 ans - 17/11/53

Vu à la 4ème heure. Contracture généralisée. Bon état général. Pas de pneumopéritoine; une gorge de Ténébryl ne montre ni l'ulcère ni la perforation.

N'a jamais eu de troubles antérieurs.

Traitement :

L'aspiration amène une amélioration lente à se manifester mais certaine.

L'absence d'antécédents, l'efficacité de l'aspiration font poser l'indication d'un traitement non opératoire.

Evolution simple sous aspiration. Guérison.
montre

Le 15ème jour, une radiographie/au niveau du bulbe une image de fuite barytée avec niveau liquide et bulle gazeuse.

OBSERVATION 40 - Monsieur F..... 18/11/1953.

Vu à la 5ème heure. Début immédiatement après le repas du soir, mais vomit abondamment une demi-heure après. Contracture de l'étage sus-ombilical. Etat général médiocre, très choqué, agité, en léger état d'ébriété. Pneumopéritoine bilatéral. L'injection de Ténébryl ne montre ni le siège de l'ulcère ni une fuite intra-péritonéale.

Ulcère évoluant depuis neuf ans et traité médicalement sans succès.

Traitement :

Aspiration : Au début, le malade est agité et supporte mal sa sonde, mais elle fonctionne bien,

et à la 6ème heure, douleur et contracture ont diminué. L'indication d'une gastrectomie de principe est posée sur les antécédents anciens et la résistance au traitement. Mais l'aspiration est continuée pendant vingt quatre heures encore jusqu'à ce que l'état général soit meilleur.

Gastrectomie après trente heures d'aspiration. Perforation à la face antérieure du bulbe, bouchée par le côl de la vésicule. Il existe un 2ème ulcère bulbaire postérieur. Suites très simples. Guérison.

OBSERVATION 41 - Monsieur Ch...Rabah - 42 ans - 20/11/1953.

Vu à la 8ème heure. Contracture généralisée. Choqué ; pouls à 100. Nez et extrémités froides. Température 38°8. Pneumopéritoine bilatéral.

Pas d'antécédents ulcéreux.

Traitement :

L'aspiration fonctionne bien et amène une amélioration franche à la 6ème heure : la douleur est beaucoup moins intense, la contracture a diminué, état général bien meilleur.

L'abstention est justifiée par l'absence d'antécédents et l'efficacité certaine de l'aspiration. Evolution normale sous aspiration. Guérison.

Le 13ème jour une radiographie montre un ulcère du bulbe duodénal.

OBSERVATION 42 - Monsieur Lo...Antoine - 24 ans - 25/12/53

Perforation survenue à jeun, vue à la 7ème heure. Pneumopéritoine. Ulcère duodénal donné depuis douze ans; traité sérieusement depuis quatre ans avec un résultat favorable.

Traitement :

Malgré l'ancienneté des antécédents, l'âge et les résultats du traitement médical font discuter, à priori, l'indication de l'abstention. Mais, au bout de trois heures, l'amélioration n'est pas très nette; après 6 heures la douleur a diminué, mais la contracture persiste identique; d'autre part des difficultés matérielles font que l'on n'est pas certain du bon fonctionnement de l'aspiration.

Pour ces raisons, on intervient à la 6ème heure. En fait, l'ulcère est bouché; les antécédents font préférer une gastrectomie. Guérison.

OBSERVATION 43 - Monsieur Ba...Gaston - 62 ans - 10/1/1954

Vu à la 26ème heure. Mauvais état général. Pneumopéritoine bilatéral. Pas d'antécédents.

Traitement :

Après quatre heures d'aspiration, il n'y a aucune amélioration. Le malade est immédiatement opéré, mais l'interne de garde, pensant à une perforation neoplasique du colon gauche, en raison de l'arrêt du transit et de la prédominance de la contracture dans la F.I.H., intervient par voie iliaque gauche. Il trouve une grande quantité de liquide gastrique, mais comme il ne peut aborder l'ulcère par cette voie, il se contente de refermer et de mettre le malade en aspiration. Le lendemain matin, il n'y a aucune amélioration. On intervient à l'anesthésie locale : suture d'une énorme perforation de la face antérieure du duodenum; sûrement sténosante, elle est complétée par une gastro-entérostomie.

Les jours suivants, l'état général s'améliore au point qu'il est permis de penser que le malade va guérir. Mais, le quatrième jour, bien que la réhydratation ait été modérée, survient un oedème cérébral avec oedème papillaire. Décès.

Il est bien évident que les erreurs ont été accumulées : erreur de diagnostic, voie d'abord très discutable; surtout, puisque l'aspiration n'avait amené aucune amélioration au bout de quatre heures; il fallait obligatoirement intervenir sur l'ulcère, malgré l'erreur de voie d'abord.

OBSERVATION 44 - Monsieur L...Jacques - 19 ans - 9/4/1954

Perforation typique avec pneumopéritoine vue à la 2ème heure. Antécédents très vagues et peu intéressants depuis un an et demi; pas de traitement médical.

Traitement :

Après trois heures d'aspiration, l'amélioration est nette et évidente. L'âge et les antécédents

minimes, l'absence de traitement médical indiquent l'absence opératoire. Evolution simple. Guérison.

Une radio au 11ème jour, montre un ulcère du bulbe.

OBSERVATION 45 - Monsieur Th...Léon - 49 ans - 6/4/1954

Vu à la 4ème heure. Tableau évident bien que pas de pneumopéritoine. Une gorgée de Ténobryl ne montre ni la localisation de l'ulcère, ni fuite intrapéritonéale.

Aucun antécédent. Souffre un peu depuis trois semaines.

Traitement :

Après trois heures d'aspiration, l'amélioration est importante. L'absence d'antécédents, l'efficacité de l'aspiration indiquent le traitement non opératoire. Evolution simple - Guérison.

C O N C L U S I O N S

- 1) Beaucoup de chirurgiens ont tendance à considérer que les ulcères perforés gastro-duodénaux peuvent toujours être traités de la même façon, que ce soit par la suture, ou la gastrectomie ou l'aspiration gastrique.

Nous pensons au contraire que le traitement doit être éclectique et que les indications thérapeutiques doivent être discutées à propos de chaque cas pour tenir compte des avantages de chaque méthode et des multiples facteurs dont dépendent les résultats immédiats et lointains.

- 2) En aucun cas, le malade n'est opéré immédiatement. Il est toujours traité par l'aspiration pendant trois heures.

Ce n'est qu'après ce délai qu'est prise la décision thérapeutique. Elle doit tenir compte non seulement de l'âge et de l'état général, des résultats de l'aspiration, du siège présumé de l'ulcère, de l'horaire et des conditions de survenue de la perforation, critères classiques, mais aussi des anté-

cédents gastriques qui permettent, bien souvent, de préjuger de l'évolution de la maladie ulcéreuse.

3) La thérapeutique est variable suivant les cas :

a) On est forcé d'opérer à la troisième heure lorsque le diagnostic reste douteux, l'aspiration n'a pas amené une amélioration évidente et certaine, la perforation est vue après la quatorzième heure. Suivant les conditions générales et locales on fait soit une gastrectomie si elle est raisonnablement possible, soit une suture.

b) Malgré les résultats satisfaisants de l'aspiration, on opère certains malades, par principe, pour faire une gastrectomie, si les antécédents sont anciens, si l'ulcère s'est déjà compliqué ou s'il est de siège gastrique.

Cette gastrectomie est différée pour être réalisée au meilleur moment, dans les meilleures conditions mais toujours dans les quarante-huit premières heures.

c) Le traitement non opératoire est indiqué chez les sujets jeunes, sans antécédents, ou chez les malades âgés, tarés, ou vus trop tardivement, chez qui une intervention, même minime,

n'est pas souhaitable. Mais il n'est possible que si l'amélioration de l'état général et local est évidente et qu'elle se poursuive régulièrement jusqu'à la guérison.

B I B L I O G R A P H I E

On trouvera la bibliographie antérieure à 1949 dans la monographie de J. MIALARET et G. EDELMANN : "Les problèmes du traitement des ulcères perforés gastro-duodénaux - la gastrectomie d'urgence; indications et résultats". - Masson et Cie- Paris 1949.

- ACQUATI A.- Le traitement chirurgical de l'ulcère gastro-duodénal perforé (résultats immédiats). Giorn. Ital. di Chir. 1952, 8, N° 5
- AUCHINCLOSS Jr. H - Gastrectomie sub-totale immédiate pour ulcère perforé - Ann. Surg. 1952, 135, N°1
- BARITEL A.L. - Ulcère perforé gastro-duodénal, Surgery, 21 : 24, 1947.
- BASTIEN M.P.- Les perforations itératives d'ulcus gastro-duodénaux. A propos de 2 observations. Lille Chir. 1947, 2; N° 10.
- BEAHRS O.H., DUNCAN DK. et VADHEIM L.A. - Le traitement chirurgical d'urgence des ulcères gastro-duodénaux perforés.- S.G.O. 1953, 96, N°6.
- BEATTIE A.D. - Traitement d'attente de l'ulcère perforé - Brit. Med. J. 1951, N° 4713.
- BENTLEY J.F.R.- Le traitement des ulcères perforés - Lancet, I, 109, 1951.
- BERTRAM H. F. - Le traitement non opératoire de l'ulcère duodénal perforé - Ann.Surg. 1950, 132, N°6
- BIERRING Fr., GAMMELGAARD P.A. et HJORT GULDHAMMER - Ulcère gastro-duodénal perforé. Résultats précoces et éloignés du traitement par simple suture - Acta Chir. Scand. 1953, 106, N° 2 - 3.

- BJORNEBOE M., FABER H., MIKKELSEN O., TOBIASSEN E., -
Traitement chirurgical de l'ulcère gastrique
et duodénal. Etude de 219 cas opérés depuis
au moins 3 ans. Acta Med. Scand. 1951, 141,
N° I.
- BONAR A.A. et LIVINGSTONE D.J. - L'ulcère gastro-duodénal
perforé. Etude de 509 cas - Glasgow Med. Journ.
1952, 33, N° I.
- de BRITO J.A. et RODRIGUES C. - L'aspiration continue dans
le traitement des ulcères perforés - Rev. Bra-
sil. Chirurgia 1951. 22, N° 6
- BURBANK Ch.B et ROE B.B. - Expériences récentes acquises
dans le domaine de la perforation aiguë des
ulcères gastro-duodénaux au Massachussetts
General Hospital - New England J. Med. 1952,
247, N° 12.
- CAITHAMI W. - La perforation récente de l'ulcère gastro-
duodénal et son traitement - Zentrablatt F.
Chir. 1950, 75, N° 9 - 10.
- CALVI G. - Traitement chirurgical de la perforation de
l'ulcère gastro-duodénal en péritoine libre -
Minerva Chir. 1953, 8, N° 6.
- CASELLA G. - A propos du traitement médical de l'ulcère
gastro-duodénal perforé - Policlinico 1952,
59, N° 18.
- CASSINA S. - Les suites éloignées de l'ulcère gastro-
duodénal perforé et suturé - Ann. Ital. di
chir. 1953, 30, N° I.
- CHAMBERLAIN - Proc. R. Soc. Med. 1951, 44, N° 4. (avec
discussion).
- CLAVEL Ch. - Etude statistique de 150 cas d'ulcères gas-
tro-duodénaux perforés. Lyon Chir. 1953, 48
N° 6.
- COHN et MATHEWSON C. Jr. - La place du traitement non-
opératoire dans le traitement des ulcères per-
forés. California Med. 1948, 69, : 315.
- COLLET M. - La place de l'aspiration gastrique dans le
le traitement des ulcères gastro-duodénaux
perforés. (A propos de 28 cas) Thèse Paris
1951.

- COLLINS D. - Le traitement moderne des ulcères gastro-duodénaux perforés aigus - Am. J. Surg. 1949 77, N° 6.
- COIT G.H.- Brit. Med. J. 1950, I, 489.
- CROMBIE T.G. Difficultés diagnostiques dans le traitement conservateur de l'ulcère perforé - Brit. Med. J. 1954, N° 4858.
- DARGENT, JAUBERT de BEAUJEU, MAILLET et MICHAUD J.- A propos de la gastrectomie d'urgence pour perforation d'ulcus gastro-duodénal - Lyon chir. 1948, 43, N° 3.
- DECKER P. et SAEGESSER F. - A propos du traitement de la perforation aiguë de l'ulcère de l'estomac et du duodénum. Mem. Ac. de Chir. 1954, 80 N° 4 - 5.
- DEUCHER - Le traitement de l'ulcère perforé haut situé de la petite courbure de l'estomac - Gastro-entérologia - 1953, 80, N° 2 - 3.
- DE SANTIS - Le traitement des ulcères gastro-duodénaux perforés. Policlino, 1954, 61, N° I.
- DODSON Jr. H.C. - Gastrectomie primaire différée pour ulcère perforé - Ann. Surg. 1952, 135, N° I.
- DOLL R. - Perforations des cancers gastriques simulant les perforations d'ulcères - Brit. Med. J. 28 Janvier 1950. p. 215, 218.
- DU TOIT. - L'ulcère gastrique perforé - The new Eng. Jour. of Med. 1952, 247, N° 9.
- EBERLE J. - Traitement de l'ulcère duodénal perforé - J. Int. Coll. Surg. 1951, 16, N° 3
- Editorial sur le traitement des ulcères perforés - Lancet 1951, I : 36
- Mc ELHINNEY W.T. et HOLZER C.E. - Facteurs influençant la mortalité due à des ulcères perforés aigus - Surg. Gyn. Obst. 1948, 87, N° I.
- Mc ELHINNEY W.T. et ZINNINGER M.M. - Traitement de l'ulcère perforé - Arch. Surg. 1950, 61, N° 4.

- ERVIN J.R. - Ulcère gastro-duodénal perforé aigu - The Am. Jour. of Surg. 1952, 84, N° I.
- ESCU DIE et PUJOL - Traitement chirurgical immédiat de 14 ulcères duodénaux perforés - Mem. ac. de Chir. 1952, 78, p. 367.
- FINSTERER H. - Questions actuelles à propos du traitement chirurgical de l'ulcère gastro-duodénal et de ses complications - Bul. Ac. Suisse Sc. Med. 1950, 6, N° 5 - 6.
- FITE W.P. et KRAUSE A.H. - Le traitement de la perforation aiguë de l'ulcère gastro-duodénal. Rapport préliminaire - Internat Surg. Dig. 1952, 53, N° 6.
- FORET J. - Traitement des perforations ulcéreuses gastro-duodénales - Revue Med. de Liège, 1952, 7, N° 19.
- FRANCHINI A. - Remarques clinico-statistiques sur 200 perforations d'ulcère gastro-duodénal en péritoine libre. Arch. Ital. d. Mal. d. App. Diger. 1950, 16, N° 5.
- FRANGENHEIM H. - Découvertes cliniques et anatomiques après suture des ulcères gastro-duodénaux perforés en péritoine libre - Chirurg. 1948, 19, N° 9.
- FRIEDLER à Sur le traitement de l'ulcère gastro-duodénal perforé (resection primitive) - Der chirurg. 1953, 24, N° 9.
- FRIEDRICH L. - Est-il justifié de parler d'un traitement conservateur de la perforation gastrique ? Gastro-enterologia, 1953, 80, N° 6.
- GARINEI R. - Sur le traitement de l'ulcère gastro-duodénal perforé - Chirurgia Ital. 1948, 2, N° 5 - 6.
- GIORDANENGO G. - 100 cas d'ulcères gastro-duodénaux perforés. Boll. e. Mem. d. Soc. Piemontese d. chir. 1952, 22, N° 8-9.
- GILMOUR J. - Pronostic et traitement de l'ulcère perforé Lancet 1953, 264, N° 6.766.
- GILL W.G. et JENKINS J.P.N. - Brit. Med. J. 1950, I : 488.

- GIRAUD D. - Syndrome de perforation gastro-duodénale bouchée et méthode de Taylor - Lyon Chir. 1950, 45, N° 7.
- GRENET M. - Récidives multiples de perforations ulcéreuses gastriques - Bordeaux Chir. 1949, N°2.
- GUILLEMIN G. A propos de la place de la gastrectomie dans le traitement des perforations d'ulcères gastro-duodénaux - Lyon Chir. 1951, 46, N°7.
- HESLOP T.S., BULLOUGH A.S. et BRUN C. - Le traitement de l'ulcère gastro-duodénal perforé - Brit. J. Surg. 1952, 40, N° 159.
- INGRAM I.N. et ERVIN J.R. - Am. J. Surg. 1952, 84, N° I.
- ISELIN M. - Traitement non-opératoire des ulcères gastro-duodénaux perforés - Flammarion & Cie, edit. 1951.
- ISELIN M. - A propos du traitement non opératoire des ulcères gastro-duodénaux perforés - Presse med. 1950, 58, N° 64.
- JONES A.F., DOLL R., JONES K., et WHITE B. - Traitement et pronostic de l'ulcère perforé - Brit. Med. J. 1953, N° 4802.
- JONES, PARSONS, WHITE - Brit. Med. J. 1950 p. 2II.
- KAHN Jr. A. et KUMPURIS Fr. - L'association de l'hémorragie et de la perforation dans les ulcères gastro-duodénaux - Am. J. of Surg. 1950, 85, N° 4.
- KINGSBURY H.A. et PEACOCK Jr. E.E. - La perforation des ulcères gastro-duodénaux; résultats immédiats et résultats éloignés - Surg. Gyn. Obst. 1951, 92, N° 6.
- KRIEGER - LASSEN H. - Traitement de l'ulcère gastrique perforé - Arch. of Surg. 1952, 65, N° 5.
- LAMBERT L. et HUICQ V. - Traitement des ulcères perforés gastro-duodénaux par l'aspiration continue - Rev. Med. de Liège : Vol. 6, N° 24, 15 Dec. 1951.
- LATARJET M. - A propos de la suture des perforations ulcéreuses - Lyon Chir. 1948, 43, N° 3.

- LAUWERS M.E. - A propos du traitement des ulcères perforés - Acta Chir. Belg. Janvier 1953, N° I.
- LE JEUNE O. - Thèse Paris 1950.
- LIVINGSTONE D.J. - Brit. J. Surg. 1950, 38, 241.
- LONDON A.G.R. - Le traitement de l'ulcère gastro-duodénal perforé par la gastrectomie partielle primaire - Lancet 1952, 262, N° 6722.
- LUER C.A. - Revue de 102 cas d'ulcères perforés suivis de près - Surg. 1950, 27, N° 3
- LURJE A. - Arch. Surg. 1949, 58, N° 3.
- LYALL A. - L'ulcère de l'estomac perforé d'après 200 cas consécutifs - Glasgow Med. J. 1952, 33, N° 6.
- MAGE S. et PAYSON B.A. - Considérations sur l'état actuel de la suture simple dans le traitement de l'ulcère gastro-duodénal perforé. S.G.O. 1952, 94, N° 5.
- MAILER R. - Brit. Med. 1950, I : 488.
- MALLET-GUY P. - Lyon Chir. 1953, 48, N° 6.
- MANZOCCHI - Considérations sur 941 interventions pour perforation gastro-duodénale - Chirurgia 1948, 3 : 105.
- MARION P. - Gastrectomie d'urgence ou aspiration gastrique continue pour ulcère perforé - Lyon Chir. 1950, 45, N° 7.
- MAURITY dos SANTOS G. - Traitement de l'ulcère gastro-duodénal perforé - Rev. Bras. Gastroenterol 1951, 3, N° 3.
- MAYO H.W. Jr. et FITCHETT C.W. - Résultats immédiats et tardifs de la thérapeutique chirurgicale pour perforation des ulcères gastro-duodénaux. Surgery 1950, 28 : 82.
- MIALARET J.- Les problèmes du traitement des ulcères perforés gastro-duodénaux - Presse Med. 1950, 58, N° II.

- MIALARET J. - Revue du Praticien 1951, I, N° I.
- MIALARET J. - Le traitement des ulcères perforés gastro-duodénaux - Maroc Med. 1953, 32, N° 337.
- MILLER E.M. MERSHEIMER W.L. et SILVERTEIN M.E. - Le traitement des perforations gastro-duodénales Am. J; Surg. 1953, 86, N° 6.
- MOORE - Surg. Clin. N. Am. 1950, 30, 429.
- MOORE S.W. et HENDRICKS R. - Résultats tardifs de la perforation de l'ulcère gastrique - Surgery 1948, 23, N° 3.
- MONTEIRO C. - La gastrectomie immédiate dans l'ulcère perforé. (30 cas opérés) - Rev. Brasil de Cir. 1952, 23, N° 3.
- NELL W. - Bruns Beitrage Z. Klin; Chir. 1950, 180, N° 4
- NEEL W. - La perforation gastrique ou duodénale doit-elle être suturée ou réséquée ? - Bruns Beitrage Z. Klin. Chir. 1950, 180, N° 4
- NUBOER J.F. - Gastrectomie partielle primitive pour ulcère perforé - Lancet 1951, 261, N° 6.691.
- O'DONOGHUE J.B., JACOBS M.B., O'DONOGHUE J.B. - Perforation des ulcères gastro-duodénaux. Relation de 600 cas. The rev. of Gastroenterolgy 1951, 18, N° 2.
- PALMA R. - Les indications opératoires des ulcères gastro-duodénaux perforés - Policlinico (Sez. Chir) 1950, 57, N° I.
- PALUMBO L.T. et RUGTIO G.M. - Les résultats de l'intervention dans les ulcères perforés - Surgery 1953, 34, N° 4.
- PULVERTOE - Lancet 1952, I, 225.
- QUENU J. - Le traitement non opératoire des ulcères perforés. Mem. Ac. de Chir. 1950, 76, p. 226. Discussions à la suite de cette communication : Mem. Ac. de Chir. -1950, 76 : M. ISELIN, S. PERET et J.M. TOUTAIN: p. 323; R. CHABRUT : p. 400; G. ROUHIER : p. 402; A. RICHARD et L.RENE: p. 469; R. GUEULLETTE : p. 486; J. MIALARET

et G. EDELMANN : p. 490; SYLVAIN BLONDIN
p. 833.

- 1951, 77 : KROPFF : p. 220; G. SEILLE
et R. CHEVILLOTTE : p. 223; CHAMPEAU :
p. 295; J. HUGUIER et VAUJOUR : p. 296;
J. QUENU : p. 299; S. BLONDIN, P. GUENUN
et J. BLOCH-LAINE : p. 950; M. THALMEIMER
et H. ROBERT : p. 963; J. QUENU : p. 966;
CALVET : p. 969.

1952, 78 : P. MOULONGUET et J.M. VERNE :
p. 529; ISELIN : p. 572.

- ROSE T.F. - L'ulcère gastro-duodéal perforé : Morta-
lité et morbidité durant le traitement -
Med. J. Austral, 1950, I, N° 15.
- SAMAIN A. - Comment réduire la mortalité des ulcères
perforés en péritoine libre ? - Acta
Gastro-entérol. Belg. 1950, 13, N°2.
- SAMAIN A. - A propos du traitement de l'ulcère perfo-
ré en péritoine libre - Acta chir. Belg.
1951, 43, N° 6.
- SAMAIN A. - Nouvelle note à propos du traitement des
perforations gastro-duodénales - Acta
Chir. Belg. 1952, N° 5.
- SARTESCHI G. - Sur 60 cas de perforation d'ulcère gastro-
intestinal traités par simple suture -
Minerva Chirg. 1er Juillet. 1949, 4 N°13,
365-370. (Bibliogr.)
- SCHMITZ E.J., HARKINS H.N., OLSON H.H., MOORE H.G. Jr. et
MERENDINO K.A. - L'ulcère gastro-duodéal perforé. Etude
de 136 cas - Ann. of Surg. 1953, 138,
N° 5.
- SCOTT E. - Le traitement conservateur de la perfo-
ration aiguë de l'ulcère gastro-duodéal
Brit. Med. J. 1951, N° 4708.
- SCHULTZ H.- Sur le traitement de l'ulcère gastro-duo-
déal perforé. - Zentralblatt für Chir.
1951, 76, N° 20.
- SEBASTIAN DACOSTA C.- Les perforations aiguës de l'esto-
mac, du duodénum et du jéjunum - Rev.
Clin. Espan. 1952, 44, N° 5.

- SEELEY S.F. - Le traitement non-opératoire de l'ulcère duodénal perforé - Postgrad M; 1951, 10 359 - 366.
- SEELEY S.F. HORGAN E., HENNY J.R. et BERTRAM A.F. - Le traitement non-opératoire de l'ulcère duodénal perforé - Bul.. Army M. Dept. 1949, 9, 124.
- SEROR J. - Les indications de ^{la} gastrectomie retardée dans le traitement des ulcères gastro-duodénaux perforés - C.M. Union Franç. 1950, 5, N° 44.
- SEROR J. - Les indications de l'aspiration gastrique avec abstention opératoire dans le traitement de la perforation de l'ulcère gastro-duodénal - C.M. Union Franç. 1950, 5, N° 43
- SHELLITO J. et RIVERS A. - La perforation gastrique : étude clinico-pathologique - Gastroenterology, 1949, 12, N° 6.
- SHEPHERD J.A. - Le traitement des ulcères perforés - Lancet, 1951, I, 176.
- SHIPLEY E. et WALKER J. - Les ulcères gastro-duodénaux perforés. Analyse de 200 cas consécutifs Am. J. Surg. 1949, 77, N° 3.
- SLATER N.S. - Perforation et hémorragie associées dans les ulcères de l'estomac - Brit. Med. J. 1951, N° 4, 472.
- SMETS W. et XHIGNE M. - La gastrectomie d'emblée dans les perforations d'ulcères gastro-duodénaux (Analyse de 70 cas opérés en série continue) Acta Chir. Belg. 1951, 43, N° 6.
- SMETS W. - Le traitement des perforations d'ulcères gastro-duodénaux (à propos de la note de A. SAMAIN) - Acta Chir. Belg. 1952, N° 5.
- SPARADO G. - Suites proches et lointaines de la suture de l'ulcère perforé - Giorn. Ital. Chir. 1948, 4, N° 10.
- STABINS S.J. - La récurrence de l'ulcère duodénal perforé - Surgery, 1953, 34, N° 3.
- STEAD J.R. - Le traitement conservateur de l'ulcère

- perforé - Lancet, 1951, 260, N° 6.645.
- STRANG Ch. et SPENCER I.O.B. - Les facteurs associés à la perforation de l'ulcère - Brit. Med. J. 1950, N° 4.658.
- SWINGHEDAUF P. et LEGRAND M. - Le traitement des perforations gastro-duodénales par l'aspiration continue et la gastrectomie différée - Acta Chir. Belg. 1949, 41, N° 5.
- SWYNGHEDAUF P. et LEGRAND M. - Perforation d'ulcères gastro-duodénaux traitées par l'aspiration continue et la gastrectomie retardée - Lille Chir. 1949, 4, N° 23-24.
- SWYNGHEDAUF P. et LEGRAND M. - Du traitement médical des perforations d'ulcères gastro-duodénaux - Lille Chir. 1952, 7, N° 36.
- TAYLOR F.W. et EGBERT H.L. - Traitement non opératoire de la perforation de l'ulcère de l'estomac - Surg. Gyn. Obst. 1952, 94, N° 4.
- TAYLOR H. - Le traitement par aspiration des ulcères perforés - Lancet, 1951, 260, N° 6.645.
- TANNER - Med. World. 1951, 75, 445.
- TOVEE E.B. - Les résultats éloignés de la chirurgie dans l'ulcère duodénal perforé. - Arch. of Surg. 1951, 63, N° 3.
- TROELL L. - Acta Chir. Scand. 1954, 107, N° I.
- TRUCHET P. - Lyon Chirg. 1951, 46, N° 7.
- TULLIS R.H. - L'ulcère gastro-duodénal perforé - Am. J. Surg. 1949, 78, N° 4.
- TURNER F.P. - Perforation aiguë de l'estomac, du duodénum et du jéjunum; une analyse de 224 cas avec suites lointaines de 147 cas. - Surg. Gyn. Obst. 1951, 92, N° 3.
- TRUSCOTT B. Mc et WITHYCOMBE J.F. - L'ulcère gastrique perforé - Lancet, 1950, 258, N° 6611.

- VAN SLOOTEN E.A. - Le traitement non-opératoire de l'ulcère gastro-duodénal perforé - Arch. Neerlandicum, 1951, 3, N° I.
- VAUGHAN R.H. et WARREN R. - L'ulcère perforé : étude des indications du traitement médical dans certains cas - New England, J. Med. 1951, 244, N° 24
- WANGENSTEEN - Transaction and studies of the College of Physicians of Philadelphia - Avril 1950, Vol. 18, 4ème série.
- XHIGNE M. - La gastrectomie d'urgence pour ulcères gastro-duodénaux perforés (Analyse de 70 cas opérés en série continue) Lyon Chir. 1951, 46, N° 8.
- ZINNINGER M.M. S.G.O. - 1950, 91, 244.

Vu le Président de thèse

Professeur d'ALLAINES/

Vu le Doyen de la Faculté de Médecine
de Paris.

Professeur BINET

Vu et permis d'imprimer, le Recteur de
l'Académie

Jean SARRAILH.

